

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Avril 1892, à 1 heure

PAR LÉON COCHEZ,

Né à Ronchin (Nord), le 2 Mars 1867,

Interne à l'Hôpital de Mustapha (Alger)

DE LA THÉRAPEUTIQUE CONSERVATRICE

DANS LES

INFLAMMATIONS PELVIENNES

Président : M. LE DENTU, Professeur.

*Juges : MM. } TARNIER, Professeur.
 } HUTINEL et NÉLATON, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Avril 1892, à 1 heure

PAR LÉON COCHEZ,

Né à Ronchin (Nord), le 2 Mars 1867,

Interne à l'Hôpital de Mustapha (Alger)

DE LA THÉRAPEUTIQUE CONSERVATRICE

DANS LES

INFLAMMATIONS PELVIENNES

Président : M. LE DENTU, Professeur.

*Juges : MM. } TARNIER, Professeur.
 } HUTINEL et NÉLATON, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 - Rue Racine - 15

1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. Professeurs.....		BROUARDEL. MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique médicales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEHOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....		REGNAULD.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBENE.
		STRAUS.
		SÉE (G.).
		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
		BALL.
		FOURNIER.
		CHARCOT.
		VERNEUIL.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEYS.	POIRIER, chef des	ROBIN (ALBERT)
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RETTÉTER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en aura leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VENERÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE LE DOCTEUR COCHEZ

Ancien interne des Hôpitaux

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAITRES

De l'Ecole de plein exercice de Médecine d'Alger
et de la Faculté de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

AVANT-PROPOS

Notre but, dans ce modeste travail, est de montrer qu'en présence d'affections inflammatoires pelviennes, le médecin peut trouver, dans la thérapeutique conservatrice en général, dans la thérapeutique utérine en particulier, les plus précieuses ressources; en conséquence, ce ne sera qu'après un essai patient et prolongé de ces moyens conservateurs qu'il aura le droit de recourir aux interventions radicales.

Aujourd'hui surtout qu'il existe un certain désarroi parmi les praticiens éloignés des centres d'études, à l'endroit du traitement des affections féminines, il est important de mettre en valeur une telle démonstration, car, limité à ses propres ressources et ne voyant d'autre thérapeutique que celle du couteau, le médecin de province doit éprouver certainement de pénibles embarras.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous avons à cœur de remercier vivement nos Maîtres de l'Ecole d'Alger,

MM. les professeurs Texier, Gros, Caussanel et en particulier MM. les professeurs Moreau et Vincent qui ont suivi et guidé avec tant d'intérêt nos premières études médicales.

Que notre frère, le Dr Cochez, ancien interne des hôpitaux, reçoive ici la vive expression de notre affection et de notre reconnaissance ; c'est lui qui nous a, dès le début, initié et intéressé à la Clinique ; c'est encore lui qui nous a facilité les moyens de nous perfectionner près des Maîtres de la Faculté de Paris.

Nous adressons le témoignage de notre plus profonde reconnaissance à M. le Dr Doléris, accoucheur des hôpitaux, qui après nous avoir inspiré le sujet de notre thèse, nous a si libéralement fait part de ses nombreuses observations, et n'a ménagé ni son temps, ni sa peine pour nous inculquer ses idées si originales.

Nous ne saurions trop remercier M. le Dr Pichevin, chef des travaux gynécologiques à la Clinique chirurgicale de Necker, M. le Dr Walther, chirurgien des hôpitaux et MM. les Drs S. Bonnet, Carlier, Braine, Fraisse, ainsi que M. Arrou, interne des hôpitaux, qui nous ont communiqué avec tant d'empressement leurs observations personnelles.

Un souvenir particulier à notre excellent collègue et ami le Dr L. Raynaud, le meilleur des compagnons d'étude et dont le concours nous a été si précieux pour la traduction des œuvres anglaises.

Que M. le Professeur Le Dentu qui, avec tant de bienveillance, nous a permis de profiter des résultats

de sa grande pratique dans son service de gynécologie de Necker, et nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuillez bien accepter ici l'expression de notre plus vive gratitude.

INTRODUCTION

Quand on envisage la question de la thérapeutique des affections pelviennes chez la femme, on est frappé du nombre et de la diversité des phases qu'elle a successivement traversées.

C'est d'abord la phase purement *médicale*; la thérapeutique n'est pas plus avancée que la Clinique.

Quelle que soit la forme de l'affection, aiguë ou chronique, quelle que soit son origine, blennorrhagique, puerpérale ou autre, c'est toujours un traitement timide, uniquement symptomatique; les lavages, les révulsifs, les antiphlogistiques variés en font à peu près tous les frais.

A peine l'antisepsie, ailleurs si féconde apporte-t-elle quelque modification à cette thérapeutique anodine : le vagin est rendu aseptique. Dans les cas d'infection puerpérale, on ne va pas encore jusqu'à tenter, par un curage hâtif, d'enrayer l'infection en son foyer initial.

Ce sont là des ébauches de traitement justifiant encore ce mot de Duplay écrit en 1886 : « Les mala-

dies inflammatoires de l'utérus appartiennent plus à la pathologie interne qu'à la chirurgie...; leur traitement chirurgical n'a qu'une importance secondaire.

Telle est la première période de cette thérapeutique; elle est toute d'expectation, à peine de prophylaxie.

Jusque là, cependant, jamais indication précise ne fut négligée par un chirurgien.

Petit et Garengot (1) donnent issue aux collections purulentes du bas-ventre. Ravaton (2) met un drain dans la plaie. Chomel (3) se sert du bistouri ou des caustiques vis-à-vis d'abcès proéminent vers les téguments. Pujol (4), Naumann (5), Lepelletier (6), Hervieux (7), évacuent, à l'aide du trocart, les épanchements séreux ou purulents survenus à la suite de couches.

Dans un cas analogue, Kaltenbach (8) n'hésite pas à plonger un trocart dans le cul-de-sac postérieur du vagin et retire un demi-litre de pus.

Tel est encore le mode d'intervention de Laroymne (9), qui emploie dans ce but un instrument spécial.

Bernütz et Goupil (10) soulagent une femme atteinte

(1) Garengot. Traité des opérat. de chirurgie, 1748, t. I

(2) Ravaton. Pratique moderne de la chirurgie, 1776.

(3) Chomel. Art. péritonite du Diet. en 30 vol., 1841, t. XXIII.

(4) Pujol, 1789. Cité par Kaiser. Arch. f. Klin. méd., 1876, t. XXVI.

(5) Naumann. Cité par Kaiser. Arch. f. Klin. méd., 1876, t. XXVI.

(6) Lepelletier. Cité par Kaiser. Arch. f. Klin. méd., 1876, t. XXVI.

(7) Hervieux. Traité clin. des malad. puerpér., 1876.

(8) Kaltenbach. Cité par Kaiser. Arch. klin. méd., 1876, t. XXVII.

(9) Blanc. Lyon, 1887. De l'inflammation péri-utérine chronique.

— Laroymne. Lyon médical, 1886.

(10) Bernütz et Goupil.

de pelvi-péritonite aiguë avec deux ponctions de la tumeur par le rectum.

Ainsi, toutes les collections purulentes facilement accessibles sont évacuées. Étaient-ce des phlegmons rétro-utérins ou paramétritiques? Étaient-ce des hématoécèles ou bien des trompes pleines de pus et adhérentes à la paroi? Quoi qu'il en soit, elles étaient systématiquement ouvertes et drainées par le bas-ventre, le vagin ou le rectum.

Avec les trois noms de *Hégar*, *Batley* et surtout *Lawson Tait* nous entrons de plain-pied, dès 1872, dans la grande ère chirurgicale. Chacun de ces laparotomistes attache son nom à une opération plus ou moins spéciale, suivant qu'elle est dirigée contre des organes physiologiquement sains, mais censés cause de différents maux, ou qu'elle vise l'ablation d'organes malades. En somme, c'est Lawson Tait qui a systématisé l'ablation des trompes et des ovaires pour les inflammations chroniques de ces organes.

Cette période représente le triomphe de la castration bilatérale. Ce n'est pas que les indications soient bien définies; au contraire, les opinions des chirurgiens sur ce point varient à l'infini. Sans parler des corps fibreux, des hémorrhagies utérines incoercibles, des névralgies ovariennes, des dysménorrhées (1), etc., etc., toutes les affections des ovaires et des trompes, inflammatoires ou dégénératives, toutes les inflammations périannexielles relèvent de l'extirpation complète des annexes.

(1) Thèse de Tissier. Paris, 1883.

Ce n'est guère qu'en Angleterre, en Allemagne et surtout en Amérique, de 1871 à 1882, que sévit cette rage opératoire. « En France, dit Tissier, pendant cette première période d'engouement sans mélange, les chirurgiens demeurent contemplateurs méfiants. »

Mais la revanche est bientôt prise. Dès 1880, Duplay fait une castration chez une femme atteinte de fibrome utérin; Péan débute en 1882. A la Société de Chirurgie (1) (5 mars 1884), MM. Nicaise, Terrier, Pozzi, Lucas-Championnière, Périer, s'affirment partisans convaincus. Le signal est donné; chaque chirurgien tient à cœur de présenter, au plus vite, une longue statistique de castrations. A la Société de Chirurgie, en décembre 1888, M. Routier conclut à l'ablation des annexes chez toute femme qui présente deux petites masses douloureuses de chaque côté de l'utérus.

Il était temps que la réaction se fit. Comme les excès, elle vint de l'étranger.

Dans une réunion de l'American gynecological Society (1886), Martin, de Berlin, protestait déjà contre les castrations irréfléchies et disait qu'à moins de tumeur bien nette et après échec de tout autre traitement, il n'opérerait pas. Lusk, Gill Wylie, Mundé, Næggerath (2) mettent en doute l'opportunité si fréquente des laparatomies et leur prétendue innocuité. Emmet dit que l'ablation des annexes est pratiquée d'un cœur

(1) Bull. Soc. de Chirurg., 26 décembre 1888.

(2) N. York. Medic. Journ., 17 avril 1886.

léger par des gens compétents et des gens incompetents, il ajoute que, cinq ans plus tard, les 2/3 des opérées actuelles ne le seront pas (1).

Henri Coë (2) s'élève contre la facilité avec laquelle les chirurgiens font les diagnostics des affections pelviennes, et la facilité plus grande encore avec laquelle ils les opèrent.

Les Français ne tardent pas à prendre une vive part au mouvement réactionnel. Poullot, à Lyon, Dolériss (3), dans plusieurs mémoires rétentissants, lèvent l'étendard de la révolte. A la Société de Chirurgie (4), M. Terrillon déclare qu'il s'est donné comme règle générale de ne proposer l'intervention chirurgicale qu'aux femmes qui souffrent depuis deux ou trois ans au moins, chez lesquelles la maladie semble invétérée et provoque des troubles généraux sérieux. A la séance du 12 décembre, Quénu déclarait, avec des observations à l'appui, qu'il ne conseillait la castration que lorsque tous les autres moyens avaient échoué. Enfin, dans sa remarquable thèse inaugurale, Pichevin protestait énergiquement contre les abus de la castration chez la femme (5).

(1) American gynecolog. Society, 1888.

(2) Poullot. Lyon médical, fév.-mars 1888.

(3) Dolériss, De l'endométrite et de son traitement. Paris, 1887. — Évacuat. artific. des collect. enkystées de la trompe, par la dilat. perman. et le drainage utérin. Compt.-rend. de la Société de Biologie (21 déc. 1888).

(4) Séance du 26 décembre 1888.

(5) Pichevin. Des abus de la castration chez la femme, 27 juin 1888.

Pour étayer ces protestations, les chirurgiens proposent une thérapeutique plus conservatrice.

Walton (1) signale à l'Académie de Belgique et à la Société de médecins de Gand, les heureux résultats qu'il a obtenus par le drainage de l'utérus dans le traitement des abcès pelviens.

Dolérès (2) publie ses succès dans les salpingites kystiques avec le drainage, la dilatation utérine, le curetage et l'écouvillage. Trélat (3), dans ses communications à la Société de Chirurgie; Poulet, de Lyon (4), MM. Boureau (5), Cantin (6), Rizkallah (7), Mlle H. Finkelstein (8), dans leur thèse inaugurale; MM. Chevalier et Roland (9), dans la *Loire médicale*, proclament aussi l'heureuse action du curetage dans les différentes lésions péri et para-métritiques.

(1) Walton. Bull. acad. royale de Belgique, 30 juillet-30 décembre 1887. — Annales et Bull. de la Société de Gand, 1888. Drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelvien.

(2) Dolérès. Loc. cit.

(3) Trélat. Bull. Soc. de Chirurgie, 28 décembre 1888 et 2 janvier 1889.

(4) Poulet. Loc. cit.

(5) Boureau. Curage dans l'endométrite du corps de l'utérus, mars 1888.

(6) Cantin. Des lymphangites péri-utérines puerpérales et de leur traitement, fév. 89.

(7) A. Rizkallah. Etude critique du traitement des salpingites, 23 juillet.

(8) Finkelstein. De l'influence du curage de l'utérus sur les complications de l'endométrite, 26 juillet 1889.

(9) Chevalier et Roland. 15 avril 1889. Loire médicale. Endométrite, aiguë-paramétrie. Curetage. Ecouvillonnage.

En même temps, le traitement purement médical reprenait un peu de son ancienne vogue : le massage (1), l'électricité (2), l'hydrothérapie retrouvent de plus fervents adeptes.

Cependant, dans un ordre chirurgical sans être pour cela radical, les chirurgiens proposent de nouvelles interventions. Il s'agit encore de laparotomies, mais de laparotomies conservatrices. W. Polk (3) présente à la Société obstétricale de New-York, plusieurs séries de malades traitées et guéries simplement par la rupture des adhérences pelviennes, c'est-à-dire la séparation de l'utérus et des annexes d'avec les parties voisines.

Martin, de Berlin (4), Skutsch, d'Iéna (5), Pozzi (6), en France, substituent à l'ablation pure et simple une série d'opérations plus ou moins compliquées, telles que cathéterisme des trompes, résection de l'ovaire, salpingorrhaphie, salpingostomie, etc.

Avec ces tendances nouvelles, la thérapeutique pelvienne semblait donc désormais entrée dans une phase conservatrice; la laparotomie était généralement évitée

(1) Vulliet. Le massage en gynécologie. Paris, 1890.

(2) Apostoli. Nouvelles archives d'obstet. et de gynécologie, année 1886. Bull. génér. de Thérapeut., 30 sept. 1887. Union médicale, 1889.

(3) W. Polk. New-York. Obstetrical Society, 1887.

(4) Martin. Traité de mal. de femmes. Congrès de Bonn, 1891.

(5) Skutsch. Congrès de Bonn, 1891.

(6) Pozzi. Société de Chirurgie, 1891. Résection de l'ovaire et salpingorrhagie. Méd. moderne, 21 octobre 1891.

ou, si elle était parfois jugée inévitable, encore le sacrifice des organes nobles n'était-il pas fatalement décidé, puisqu'on pouvait se borner à des mutilations partielles ou même à moins.

Aussi ne fût-ce pas sans quelque étonnement que l'on vit apparaître la nouvelle proposition de MM. Péan et Segond, *l'hystérectomie vaginale*. Le diagnostic d'affection inflammatoire pelvienne étant posé, il s'agit d'enlever d'abord l'utérus, afin de pouvoir atteindre librement les lésions, et les traiter efficacement. D'après la communication de M. Segond, à la Société de Chirurgie, trois arguments militent en faveur de cette opération :

- 1° La cicatrice abdominale est évitée.
- 2° Le pronostic opératoire est meilleur.
- 3° La guérison est plus radicale.

Nous ne nous attarderons pas à la critique de ces arguments. Pour être édifié, il suffit de se reporter à la discussion de la Société de Chirurgie : MM. Bouilly, Richelot, Bazy, Terrillon, Routier, Lucas-Championnière, Terrier repoussent avec plus ou moins d'énergie l'hystérectomie.

Citons ce mot de M. Pozzi : « Puisse la vulgarisation de cette méthode, qui bénéficie déjà de l'engouement inhérent à toutes les nouveautés, ne pas multiplier les interventions graves et les mutilations irréparables faites par des opérateurs trop hardis sur des femmes trop rassurées. »

Dolérís (1), dans deux mémoires, nous allons dire deux pamphlets, parus coup sur coup, nous paraît avoir jugé définitivement la méthode. Il montre combien l'opération, quand elle semble indiquée réellement, est difficile et dangereuse. Dans beaucoup d'autres cas, l'hystérectomie sera le plus souvent trop radicale pour avoir été trop aveugle, car elle ne peut être précédée du contrôle exact des lésions.

D'ailleurs, il est si rare qu'elle soit indiquée.

« J'ai continué jusqu'ici, dit, dans un mémoire récent, M. le professeur Le Dentu (2), à donner la préférence à la laparotomie. Je suis d'autant plus frappé de ses avantages, que j'ai obtenu par elle une série de bons résultats dans des cas souvent très défavorables, et que l'occasion de mettre en pratique l'hystérectomie vaginale préalable, dans les conditions où je la crois opportune, ne s'est pas présentée à moi, depuis que je la recherche sincèrement. »

Une nouvelle réaction est en train de se faire ; elle ne manquera pas de crédit près des médecins.

On a protesté énergiquement contre les abus de la castration et on prétend proposer mieux. Mais il faut la démonstration, la preuve que ces prétentions conservatrices sont légitimes.

Tel est l'objectif qui s'impose aujourd'hui aux méde-

(1) Dolérís. L'autre voie. *Nouv. arch. de gyn. et d'obst.* 5 mai 1891.

— Trop de mutilations inutiles, pas assez de gynécologie conservatrice. *Nouv. arch. de gyn. et d'obts.*, 5 mai 1891.

(2) Le Dentu. *Gazette des Hôpitaux*, 27 février 1892.

cins sans parti pris, qui n'ont d'autre souci que la recherche des moyens de traitement les plus simples en même temps que les meilleurs.

Nous essaierons de développer les raisons qui militent en faveur des méthodes conservatrices, des méthodes qui ne s'attaquent pas aux organes nobles eux-mêmes, mais ont en vue leur guérison par une voie tantôt directe, tantôt indirecte.

Nous présenterons aussi un certain nombre de résultats acquis jusqu'à ce jour par ces méthodes, aux mains de ceux qui, se refusant à recourir d'emblée aux opérations radicales, savent traiter leurs malades avec patience et ténacité.

Aperçu général des lésions, en vue de la division du sujet.

On discute encore les classifications des lésions. Chaque auteur a la sienne.

Pour nous, qui ne voulons envisager que le côté clinique et surtout thérapeutique de la question, nous n'avons garde de nous appesantir sur ces points ailleurs bien développés (1).

Mais il nous faut une nomenclature de ces lésions, une sorte de canevas auquel nous puissions rapporter les faits observés.

Nous distinguerons donc :

1° La salpingo-ovarite, comprenant sous cette dénomination les salpingites, puis les ovarites pures ou les lésions associées de ces organes, beaucoup plus fréquentes, comme on sait ; le point de départ étant l'utérus infecté.

2° La pelvi-péritonite, c'est-à-dire l'inflammation du péritoine qui entoure les différents organes pelviens ; c'est en somme la péritonite-méto-salpingo-ovarienne pouvant se propager à la séreuse de la paroi pelvienne,

(1) Monprofit. Thèse de Paris, 18 avril 1888. Salpingite et ovarite.

de l'intestin, de l'épiploon, etc., etc. Ce serait ici l'histoire des exsudats et des adhérences.

3° La pelvi-cellulite ou paramétrite, c'est-à-dire l'inflammation limitée à toutes les parties *sous-péritonéales*, artères, veines, lymphatiques, nerfs, tissu cellulaire, etc., en un mot, au *paramétrium*.

4° Les inflammations mixtes, de beaucoup les plus fréquentes (périmétrite et paramétrite associées).

5° La pérityphlite et l'urétérite que nous citerons pour mémoire, le clinicien étant quelquefois tenté de prendre pour des affections pelviennes proprement dites des lésions limitées à ces organes.

Insister sur les différents symptômes des affections inflammatoires pelviennes, montrer les difficultés du diagnostic, ce serait sortir de notre sujet. Mais l'intervention thérapeutique étant basée sur la marche des accidents, et cette marche plus ou moins rapide étant elle-même réglée par le mode d'infection, il importe de dire quelques mots succincts sur l'étiologie et l'allure des accidents.

L'infection est, de l'avis unanime, actuellement, la seule cause possible de ces affections. Sans doute mille circonstances différentes peuvent favoriser le développement du germe; mais encore faut-il sa présence (1).

(1) P. Delbet. Les suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1891.

Pénaire. Des endométrites infectieuses. Thèse de Paris, 1889.

On peut ramener à trois, les modes d'infection et on distinguera :

1° L'infection puerpérale produite le plus souvent par le streptocoque.

2° L'infection blennorrhagique due au gonocoque, bien que la recherche de ce microbe, dans les foyers péricérutritiques, soit toujours très difficile, le plus souvent infructueuse.

3° Une multitude d'infections variées pouvant appartenir à des microbes différents, saprophytes ou pyogènes, et que M. Doléris range sous la rubrique d'infections banales (1).

Ainsi, quelle que soit la forme de l'affection observée, elle se rapporte toujours à un de ces trois modes d'infection :

Infection puerpérale ;

Infection gonococcienne ;

Infection banale.

Mais quelle va être la marche des accidents ainsi produits ?

Il y a lieu de distinguer :

1° Une marche aiguë proprement dite ;

2° Une marche aiguë intermittente ;

3° Une marche chronique.

La marche aiguë peut faire suite à l'un quelconque des trois modes d'infection. Lorsque la mort n'est pas la terminaison de l'infection à la période aiguë, la

(1) Cette classification très simple est empruntée aux leçons orales de M. Doléris.

période chronique apparaît; elle est établie quand les tissus ont subi des altérations telles qu'ils ne peuvent plus désormais se libérer d'eux-mêmes du microbe infectieux localisé qui les habite. Mais cette déchéance des tissus n'a lieu qu'à la longue. Pendant une période assez prolongée, ils peuvent se débarrasser; d'où cette conséquence, importante déjà, pour la thérapeutique, qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir, la *restitutio ad integrum* pouvant très souvent se faire par les seules forces de l'organisme.

Mais ce qu'il faut savoir, c'est que la période aiguë est capable de se prolonger longtemps, coupée d'ordinaire de rémissions qui donnent le change sur la guérison plus ou moins complète.

Avec M. Doléris, nous appellerons cette période, période *d'acuité intermittente*. Elle tient une grande place dans l'histoire des maladies des femmes, pour lesquelles la menstruation est toujours une crise *paroxystique*. Tous les praticiens savent combien les maladies pelviennes chez la femme sont sujettes à récurrences. Même quand la guérison a paru tout à fait assurée, les accidents peuvent reparaitre sous une forme presque aussi aiguë que lors de la première atteinte.

Nous distinguerons deux sortes d'intermittences, dans cette nouvelle période d'acuité :

A. De grandes intermittences correspondant à l'arrivée des règles, l'utérus et ses annexes étant de nouveau le siège d'une congestion intense bien favorable au développement de nouveaux accidents;

B. De petites intermittences ou paroxystiques correspondant à des fatigues, des excès, des émotions, un coït exagéré, etc.

Etat aigu, état d'acuité intermittente, état chronique, tels sont donc les trois stades que l'on peut distinguer dans la marche des accidents.

Anatomie pathologique

Pour rendre plus nette l'anatomie pathologique de ces affections, nous rapportons les lésions à trois groupes principaux, et nous envisageons :

- 1° Les désordres diffus à distance, amenés par l'invasion de la maladie et par chaque récurrence aiguë ;
- 2° Les altérations de texture de chaque organe ;
- 3° Les produits inflammatoires proprement dits, c'est-à-dire les produits exsudatifs, liquides ou solides (1).

Reprenons avec quelques détails ces trois points :

1° La *diffusion des lésions* est très importante à considérer, à cause de l'extension fréquente aux viscères de l'abdomen, à cause des désordres graves qui peuvent

(1) Nous empruntons cette décision, qui nous paraît très commode et très nette, aux leçons orales de M. Doléris; on la retrouvera dans le livre qu'il publiera prochainement.

se produire et des dangers qui en résultent. Cependant, c'est une notion bien établie que, dans la grande majorité des cas, les lésions se limitent. Supposons par exemple une infection par le *streptocoque*; si la malade n'est pas emportée par l'infection aiguë, le microbe, ici comme dans l'érésipèle, choisit vite son territoire. S'il s'agit du *gonocoque*, on peut être certain que la lésion restera muqueuse; on a affaire à une endo-salpingite, et la diffusion peut aller jusqu'à la surface de l'ovaire, et intéressera à coup sûr les organes qui se trouvent en rapport avec le pavillon de la trompe et l'ovaire.

Quand l'infection est *mixte*, les agents pathogènes se partagent les lésions : la lésion muqueuse, tubo-ovari-que, appartiendra au gonocoque et l'expansion inflammatoire, aux microbes associés. Dans cette diffusion, rien n'est épargné.

Quant au tissu cellulaire sous-péritonéal ou paramétrium, il est généralement plus ou moins intéressé, mais c'est une lésion transitoire sur laquelle nous allons revenir.

2° On peut ramener les altérations de texture de chaque organe à trois ordres de lésions :

A. Lésions des muqueuses, des surfaces sécrétantes, qui peuvent devenir pyogéniques et, dans tous les cas, recéler les microbes les plus vivaces ;

B. Lésions circulatoires, telles que thromboses veineuses, endartérites, etc. ;

C. Lésions du stroma et du parenchyme des organes

qui devient le siège d'une hyperplasie plus ou moins considérable; l'aboutissant est en somme une tendance à l'augmentation de volume et à la diminution de la vitalité.

Il peut se produire aussi des phénomènes de nécrose, rapide dans la période aiguë, lente dans la période chronique; c'est là l'origine des fistulations sur lesquelles nous n'avons pas à insister.

3^e Les produits inflammatoires, ce sont les liquides transsudés qui se mélangent avec les éléments nécrosés des tissus, dans lesquels se rencontrent les microbes avec leurs toxines. Par exception, dans le cas d'effractions vasculaires notables, cet exsudat pourra être sanglant.

C'est un fait que l'aspect des lésions n'est nullement en rapport avec la virulence des germes pathogènes qui les ont causées. De ce que les exsudats apparaissent séreux, sanguins ou purulents, on ne saurait en rien préjuger de leur toxicité ou de la gravité des lésions. Tel exsudat séreux, comme celui d'une salpingo-ovarite séreuse, peut être d'une virulence extrême; tel pyosalpinx peut ne receler ni microbes, ni toxines, en raison de la fugacité des uns et des autres.

Quoi qu'il en soit, la formation du pus, étant presque toujours l'indice d'une inflammation persistante, donne à penser qu'en présence d'une suppuration pelvienne, il faut compter avec une virulence assez vive.

Quant à leur siège, les exsudats sont compris dans

les organes ou interposés aux organes : les premiers résultent de lésions des muqueuses ou du paramétrium.

Les deuxièmes sont, à proprement parler, des produits de péritonite, en ce qu'ils existent à la surface séreuse des organes. Les exsudats de ce dernier ordre sont, au début, des produits de l'inflammation propagée, ou proviennent du contact des liquides virulents issus de la surface muqueuse des organes malades. Dans la période chronique, ils sont convertis en fausses-membranes ou, pour parler chirurgicalement, en adhérences. Celles-ci forment d'ordinaire un revêtement feutré aux principaux viscères, la trompe, l'utérus, l'ovaire, et, dans les formes limitées, les emprisonnent en un coin du bassin ; dans d'autres formes, elles rejoignent l'intestin, l'épiploon, les déplacent et forment ainsi ces variétés infinies de tractus pelviens découverts par la laparotomie.

Le point le plus intéressant peut-être est la façon dont l'inflammation muqueuse se comporte par rapport à l'inflammation séreuse, c'est-à-dire comment l'exsudat de la trompe réagit sur celui du péritoine. Lorsque l'exsudat muqueux de la trompe, par exemple, augmente ou se reproduit sous une influence virulente provenant de l'utérus, généralement il y a réveil, irritation en même temps dans l'exsudat séreux, dans les adhérences séreuses ; des hydropisies, des œdèmes peuvent se produire. Si le contenu d'un kyste tubo-ovarique, augmentant brusquement, trouve à se faire jour par une fissure, c'est au niveau du pavillon qu'elle se produit, et on admet que le liquide fait irruption

dans la cavité pelvienne et s'infiltré dans les mailles des adhérences; dès lors celles-ci s'enflamment réellement et du pus peut exister dans ce feutrage dont certaines autres loges sont simplement séreuses et sanguinolentes. Il y a comme une communication lacunaire entre la trompe ou l'ovaire suppurés et les diverticules cellulaires de la péritonite pelvienne proprement dite.

Voilà ce qu'on peut bien appeler : abcès pelviens multiples.

Mais répétons que la marche de ces lésions, au point de vue clinique, est telle que, en général, même très virulentes, même suppurées, les lésions restent limitées, restent pelviennes. Ce n'est même qu'exceptionnellement que le pus apparaît hors de la trompe ou de l'ovaire.

Tels sont les points d'anatomie pathologique qu'il nous a paru bon de faire ressortir.

Ajoutons quelques mots sur la manière dont nous envisageons la paramétrite ou pelvi-cellulite et les adhérences utéropéritonéales.

Paramétrite. — La paramétrite est la lésion du tissu cellulaire sous-péritonéal, lésion transitoire, de passage, étendue aux veines, aux lymphatiques de ce tissu. Très exceptionnellement elle demeure persistante, chronique : ce sont alors des thrombus suppurés, limités dans quelques grosses veines, ou des abcès à parois nettes. En sa qualité même d'intermédiaire, de véhicule entre la muqueuse de l'utérus et du vagin et les organes pelviens, l'appareil vasculaire du paramé-

trium est toujours susceptible d'être impressionné d'un côté ou de l'autre ; il y a donc une paramérite quand l'utérus s'enflamme dans son stroma, de même quand l'inflammation très aiguë du bassin intéresse la couche sous-séreuse des organes.

Adhérences utéro-péritonéales. — Elles supposent que la paroi de l'utérus en contact avec le péritoine pelvien a été primitivement enflammée. On peut dire que ces adhérences n'existent guère que dans les cas de rétro-déviation, quand il y a eu des poussées d'inflammation banale et surtout des métrites puerpérales atténuées. Il en est de même si l'adhérence utérine coexiste avec des lésions, des ovaires et des trompes.

THERAPEUTIQUE

Nous avons maintenant une idée nette des lésions qui nous occupent ; nous en savons les causes et la marche ; nous avons des notions générales sur leur nature.

Il faut maintenant essayer de poser les indications de leur traitement.

Pour ce faire, il y a lieu, croyons-nous, de diviser la question, comme précédemment, en deux parties :

1^o Traitement des affections aiguës ;

2^o Traitement des affections chroniques.

Nous comprendrons dans les affections aiguës ces récidives, ces paroxysmes dont nous parlions plus haut et dont les symptômes rappellent absolument ceux de l'état aigu.

PREMIÈRE PARTIE

Traitement des affections aiguës.

C'est la nature même de la cause qui domine l'affection et impose, par suite le traitement.

Nous envisagerons donc le traitement des affections pelviennes, suivant que la source d'infection sera puerpérale, blennorrhagique ou banale.

A. Inflammations pelviennes aiguës d'origine puerpérale.

— Si nous ouvrons les classiques, nous voyons qu'il y est distingué plusieurs sortes d'accidents puerpéraux. Ces accidents peuvent être généraux ; l'organisme est infecté dans sa totalité ; la plaie utérine est bien le point de départ de l'infection, mais il n'y a pas de signes locaux accessibles aux procédés d'exploration ordinaire. Il s'agit là de septicémie aiguë : la malade est rapidement foudroyée ; il n'y a pas même à discuter l'opportunité d'une intervention quelconque. Mais, plus souvent, on est en présence de formes plus

ou moins atténuées et partant limitées ; il s'agit de métrites puerpérales aiguës, de métro-péritonites puerpérales aiguës. Dans ces cas, on admet que les trompes et les ovaires sont le principal véhicule de l'infection, et qu'à leur suite le péritoine se prend.

Quelle est alors la conduite à tenir ? Faut-il immédiatement intervenir par la laparotomie, couper court à la propagation de l'infection en retranchant les organes malades ? Faut-il, au contraire, tenter de tarir immédiatement la source de l'infection ?

Plus d'un chirurgien n'a pas hésité à intervenir. Dans sa thèse d'agrégation, Truc (1) cite un certain nombre d'observations de péritonites puerpérales guéries à la suite d'une incision qui avait permis l'écoulement d'une certaine quantité de pus. Il y en a 12 ; mais elles ne sauraient être prises en grande considération, les lésions ayant montré une grande tendance à la localisation et l'intervention ayant été faite au moment où la période aiguë était sensiblement dépassée.

Dupaquier (2) citait déjà quelques observations analogues.

Au Congrès de Chirurgie (1^{er} avril 1891), M. Reclus relate quatre cas de pelvi-péritonite aiguë survenue à la suite d'accouchement ou d'avortement, et dans lesquels il a fait la laparotomie ; les trompes et les ovaires étaient sains, et il y a eu des grossesses consécutives.

(1) Truc. Thèse d'agrégation. Paris, 1886. Traitement chirurgical de la péritonite.

(2) Dupaquier. Thèse, Paris, 1885. Traitement de la péritonite par la laparotomie.

Ces lésions, en somme, ne paraissaient guère graves, et ne peut-on se demander si elles n'avaient pas les plus grandes chances de guérir spontanément ?

Mais pour quelques succès, combien d'échecs !

Dupaquier rapporte un cas de péritonite puerpérale généralisée dans lequel la laparatomie a échoué ; il appartient à Molokendoff, de Moscou. Dans le travail de Truc, nous trouvons aussi deux observations de péritonite puerpérale généralisée ; la laparotomie faite dans les deux cas, au cinquième jour, par M. Bouilly, a échoué complètement. Nous laissons de côté les observations ayant trait à des collections enkystées très vraisemblablement des salpingites suppurées et guéries par ponction.

Il y a eu, à propos des indications de la laparotomie dans la fièvre puerpérale, une intéressante discussion à la Société américaine de gynécologie (1).

Richard B. Maury commence par remarquer combien sont rares les succès obtenus dans cette voie. Entre autres auteurs, il cite Lawson Tait qui a subi quelques échecs en opérant à une période déjà avancée de la maladie ; d'où sa règle de conduite d'ouvrir et de drainer le ventre le plus tôt possible. Il cite aussi Joseph Price, qui a opéré quatre cas avec succès : le premier 25 jours, le deuxième 35 jours, le troisième 12 jours, le quatrième 28 jours après la délivrance ; de même Edwin Walker qui est intervenu trois fois pour des tumeurs volumineuses constatées six semaines après l'accou-

(1) Transactions of the american gynecological Society, 1891.

chement. Mais pour Richard B. Maury, ces cas spéciaux ne sauraient faire conclure à l'opportunité de l'intervention dans la *péritonite puerpérale aiguë* ; sa conviction est que dans ces dernières la mort est la règle, à moins, toutefois, qu'elles n'aient leur point de départ dans une ancienne affection des annexes brusquement réveillée, cas où la laparotomie pourrait réussir. C'est dans l'espoir de rencontrer un de ces cas favorables qu'il opère maintenant toutes les malades de parti pris. Tel est aussi l'avis de Wilson.

Mais Hanks, Garrigues, C.-C. Lee, convaincus de l'impossibilité absolue où l'on est de déterminer dans quels cas l'opération peut avoir des chances de réussite, sont hostiles à toute intervention. D'ailleurs, ajoutent-ils, le traitement purement médical, l'opium surtout, leur a donné d'excellents résultats. Gill Wylie partage cette opinion ; il croit d'ailleurs qu'en désinfectant soigneusement l'utérus des malades dès le début, en le drainant, on sauvera les femmes déjà atteintes, dans la grande majorité des cas. Skene n'est partisan de l'ouverture de l'abdomen qu'en présence des suppurations nettement limitées.

Barton Cooke Hirst (1), dans une communication à la Société de gynécologie de Philadelphie, ne se montre guère plus enthousiaste ; ou bien, dit-il, l'opération est inutile, la mort devant arriver fatalement ; ou bien la lésion devant se limiter, on aura toujours le temps

(1) Barton Cooke Hirst (Philadelphia). Indications de la laparotomie dans le traitement de la péritonite septique après l'accouchement. Transactions of the american gynecological Society, 1891.

d'intervenir. Il insiste aussi sur le traitement médical pour lequel on a tort de se montrer sceptique.

Il donne, à propos des laparotomies faites dans les cas dont il s'agit, quelques chiffres qu'il nous a paru intéressant de rapporter :

Sur 19 laparotomies pour péritonite puerpérale, 12 morts, 6 guérisons, 1 résultat inconnu.

Sur 2 laparotomies pour péritonite puerpérale, 2 morts.

Price, sur 3 laparotomies pour péritonite septique, 2 morts, 1 guérison.

Sur 3 autres laparotomies pour péritonite puerpérale, 3 morts.

Bouilly, sur 6 laparotomies pour péritonite puerpérale, 4 morts.

Stuehlen, sur 43 laparotomies pour péritonite puerpérale, 9 morts, 34 guérisons.

Le résultat de cette statistique très récente donne une mortalité de près de la moitié, soit 45 0/0 environ. Mais il faut remarquer qu'un seul opérateur, Stuehlen renverse la proportion de la mortalité, car il a obtenu sensiblement les 3/4 de guérisons, soit 25 0/0 de mortalité. Si on éloigne ce pourcentage, on reste avec une mortalité de 23 sur 32 opérées, soit 66 0/0 de mortalité, ce qui constitue une proportion effroyable.

M. le professeur Le Dentu (1) cite deux ordres de faits très intéressants. Dans les premiers il s'est abstenu d'intervenir : il s'agissait de trois cas de péritonite post-puerpérale ; ces trois cas se sont terminés par la guérison, l'un à la suite de l'ouverture tardive d'une

(1) Prof. Le Dentu. Gazette des Hôpitaux, 27 fév. 1892.

poche purulente bien localisée ; un autre à la suite de l'ouverture spontanée d'une poche analogue dans le vagin. Dans les deuxièmes il est intervenu, mais sans succès ; et il cite une observation de péritonite aiguë dans laquelle la douleur très vive et très limitée au côté gauche donnait à penser que les annexes gauches étaient le siège d'une collection purulente ; or, la trompe droite était seule malade et ne contenait même pas de pus ; la malade a succombé.

En somme, M. le professeur Le Dentu reconnaît aux infections post-puerpérales trois aboutissants possibles : résolution, péritonite générale, abcès localisés ; dans le premier cas, expectation ; dans le deuxième, traitement surtout médical ; dans le troisième, ponctions et incisions.

Il n'est pas utile d'insister plus longtemps pour montrer combien l'intervention radicale dans la péritonite puerpérale aiguë est jusqu'à présent douteuse.

Pour éclaircir mieux ce point, établissons une sorte de contre-épreuve et voyons ce que deviennent dans les Maternités les femmes atteintes de fièvres puerpérales et livrées à elles-mêmes.

Commençons par dire que depuis l'application rigoureuses des préceptes de l'antisepsie, ces cas deviennent de plus en plus rares ; dans les Maternités, c'est la grande exception qu'une accouchée prenne le germe de l'infection ; les cas qu'on peut observer proviennent presque généralement du dehors.

Mais, dans ce nombre très réduit de femmes infectées,

combien succombent, combien auraient pu être sauvées par l'intervention ?

Les statistiques des Maternités sont bien connues. Citons-en quelques-unes :

A la Maternité de Lariboisière, 12,580 femmes sont venues accoucher du 1^{er} novembre 1882 au 1^{er} janvier 1889 ; la mortalité a été de 0,74 0/0 ; la mortalité par infection puerpérale a été de 0,39 0/0 (1). Dans la statistique de la dernière année scolaire qu'il publie (2), M. le professeur Tarnier nous dit que, sur les 1,340 femmes qui ont accouché à la Clinique, il n'y a pas eu un seul décès de fièvre puerpérale. La morbidité a été de 19 0/0 pendant les six premiers mois, de 16 0/0 pendant les six autres. Ces chiffres sont éloquentes.

A l'étranger les moyennes sont à peu près équivalentes ; à la clinique de Dresde, par exemple, il y a eu, en 1887, 1,388 accouchements avec un seul cas de mort de fièvre puerpérale contractée dans les salles, ce qui nous donne pour la mortalité 0,07 0/0 ; parmi les accouchées, 1,322 ont eu des couches normales, ce qui nous donne pour la morbidité 4,7 0/0 (3).

A Helsingfors (4), de 1879 à 1887, sur 5,893 femmes accouchées, la morbidité puerpérale a été de 15,40 0/0,

(1) Pinard. Fonctionnement de la Maternité de Lariboisière. Revue d'hygiène et de police sanitaire, avril 1889.

(2) Bull. médic., nov. 1891.

(3) Zur Verhütung des Kindbettfiebers. Deutsche Med. Woch., page 389, n° 20, 1888.

(4) Stenbach. Maternité à Helsingfors. Finska Lakaresällskapet. Handlingar, 1891, n° 1.

la mortalité puerpérale de 0,52 0/0, la mortalité non puerpérale de 0,40.

Faisons ici l'analyse des résultats :

La proportion de la morbidité, c'est-à-dire des cas opérables, était de 15 environ.

Celle des morts était de 1/2, soit une femme morte pour 30 sans intervention. Or, on peut certainement accepter que sur le nombre, quelques-unes seraient mortes si on était intervenu, ce qui doit augmenter singulièrement la proportion des femmes sauvées sans l'intervention.

Il reste à comparer les résultats :

Dans la plupart des cas observés de péritonite puerpérale où la laparotomie a été faite, les succès ont été très rares. Au contraire, si on se borne à des soins minutieux d'hygiène ou de prophylaxie avant l'invasion, à une thérapeutique active mais jamais radicale après, on verra le plus souvent la maladie évoluer vers la guérison. Il y a donc lieu de conclure à l'inutilité de l'intervention radicale dans la période aiguë des affections puerpérales.

Pour servir de trait d'union entre ce qui précède et ce qui va suivre, c'est-à-dire entre les données précises fournies par les faits, d'une part, et les enseignements qu'il en faut tirer pour la conduite thérapeutique, d'autre part, il nous faut établir des catégories parmi les infectées.

On peut dire qu'une partie des femmes atteintes d'infection puerpérale sont, presque dès le début, condamnées à une terminaison fatale. Dès qu'un strepto-

coque très virulent a pénétré l'appareil génital, il y détermine cette lymphangite maligne qui empoisonne la malade même avant que les lésions aient eu le temps de se manifester par des signes extérieurs. C'est la conséquence de la loi de Bouchard : plus le microbe pathogène est virulent, moins l'infection locale est saisissable. On peut dire que la femme succombe empoisonnée par les toxines rapidement élaborées et transportées dans l'organisme. L'altération profonde des traits, la perturbation des fonctions vitales, l'état du pouls et de la respiration, la coloration, jaune plombée de la peau, en sont les stigmates précoces, auxquels l'homme de l'art reconnaît infailliblement les victimes marquées à l'avance du sceau de la mort. Les femmes atteintes de la sorte succombent avant 48 heures.

Dans une deuxième variété, les accidents se révèlent d'ordinaire par la putridité des lochies, de la douleur, et le plus souvent un frisson. On peut dire qu'à ce moment-là, il y a une infection dont le foyer utérin a déjà effectué l'expansion aux environs. On peut comparer le phénomène à ce qui se passe quand une plaie d'un membre se complique d'une lymphangite. Or tout le monde sait que dans ces cas, un simple bain antiseptique et le nettoyage de la plaie qui engendre le poison, font cesser les accidents. Cette doctrine est parfaitement applicable à l'utérus.

L'indication est de pratiquer une antiseptie rigoureuse et complète qui ne sera réalisée que par des lavages et même par des nettoyages directs.

Dans une troisième catégorie de cas, la lésion, tout en restant encore intra-utérine, a engendré des foyers secondaires dans le paramétrium et dans les annexes. Dans le paramétrium, il s'agit de phlébite ou de lymphangite : la lymphangite est dangereuse par les atteintes sur le péritoine ; la phlébite par l'empoisonnement du sang et le transport métastatique du germe morbide dans des points éloignés. Mais nous savons que la phlébite n'est jamais immédiatement suppurée ; il faut pour cela que les caillots qui se forment immédiatement après l'accouchement soient atteints et détruits par la suppuration et qu'en outre la faculté coagulante du sang soit détruite par l'infection.

Pour les lymphatiques, on sait également que la suppuration n'est pas immédiate, et enfin, si même les organismes sont transportés jusqu'au péritoine, on sait que cette séreuse est capable de résorber des quantités considérables de pus et d'organismes au fur et à mesure de leur formation, tant qu'elle n'est point altérée par les toxines irritantes qui détruisent cette propriété. Tout cela suppose donc du temps : il y a un délai pendant lequel tout concourt à la défense, coagulations dans les veines, phagocytose dans les lymphatiques et résorption dans le péritoine.

A tout prendre, même si l'intervention destinée à tarir la source de l'infection arrive un peu tard et n'a pu empêcher quelques foyers secondaires de se former, il est permis d'affirmer qu'elle aura toujours une portée et que les lésions qui évolueront en dehors de l'utérus assaini garderont une allure discrète et seront

toujours passibles de la thérapeutique appliquée aux lésions localisées.

La notion qui domine avant tout, est qu'il n'y a pas d'organisme plus éphémère que le streptocoque, de microbe dont la virulence s'atténue plus vite.

Quelle sera donc la thérapeutique à mettre en œuvre ?

D'abord la thérapeutique médicale ordinaire que tous les auteurs ont prescrite dans l'infection et dans le détail de laquelle nous n'avons pas à entrer. Les vésicatoires, les émissions sanguines, les mercuriaux, les opiacés, la glace, etc., en sont les principaux agents.

Mais c'est vers l'utérus, source de l'infection, que tous les efforts devront se diriger.

Depuis quelque temps, cette pratique est courante chez les accoucheurs ; elle l'était déjà à l'étranger avant d'être en honneur en France. Citons Rabenau (1), Dührssen (2) en Allemagne, Macan (3), Coe (4) en Amérique. En France, c'est Doléris (5) qui le premier proposa le curettage dans la rétention du délivre post-

(1) Rabenau. Berlin, Klin. Woch., 1884, n° 51.

(2) Dührssen. Arch. für gynec. XXI, 2, 1888.

(3) Macan. Philadelphia Medic News, août 1884.

(4) Coë. Soc. obstétric. de New-York, déc. 1887.

(5) Doléris. Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynéc., mai-juin 1886.

— Société obstétr. et gynéc. de Paris, mars 1886.

— Cong. amér. Washington, 1887.

— Journal de méd. de Paris, 5 août 1888.

abortum et dans le traitement de la fièvre puerpérale. M. Charpentier (1) l'a suivi dans cette voie. La question est très bien étudiée dans la thèse de M. Chartier (2). On peut lire aussi le mémoire de Charrier (3) et les publications de Porak (4), H. Fritsch (5), Porteous (6), Blanc.

Nous n'insisterons pas sur les détails opératoires. En résumé, dans le traitement des affections puerpérales aiguës, l'intervention sera très rarement indiquée. Lawson Tait n'a pas craint de dire qu'il considérerait comme une omission presque criminelle que de laisser mourir une malade atteinte de péritonite sans avoir tenté de lui ouvrir le ventre. Mais ce n'est pas l'avis de tous. « J'admets fort bien, dit M. le professeur Le Dentu, qu'en présence de ces péritonites puerpérales qui se rattachent ou non à une salpingite, qui en tout cas sont l'expression d'une infection très menaçante pour la vie des malades, on essaye de les arracher à la mort par la laparatomie, le lavage et le drainage... Mais ces cas sont d'une complexité qui en rend

(1) Charpentier. Du curage et de l'écouvillonnage de l'utérus dans l'endométrite septique puerpérale.

(2) Chartier. Trait. de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus.

(3) Charrier. Curetage précoce dans l'infection puerpérale (Arch. gén. méd., 1891).

(4) Porak. Du curage utérin en obstétrique. Bull. et mém. de la Soc. obstét. et gynéc. de Paris, juillet 1889.

(5) H. Fritsch. Deutsche méd. Woch., n° 16.

(6) Porteous. New-York méd. J., oct. 1891.

l'interprétation difficile au point de vue de la source réelle de l'infection et de sa localisation. »

Le curettage utérin sera donc toujours l'indication primordiale. Par ce râclage précoce, on limite tellement le mal, on l'enraye de telle façon que l'ensemencement ne peut plus se faire : le danger n'est pas seulement, en effet, dans l'abondance des microbes, mais aussi dans leur permanence qui devient fonction de leur multiplication. Dans bien des cas, le simple assainissement du col suffira à enrayer les processus les plus menaçants.

B. *Inflammations pelviennes aiguës d'origine blennorrhagique.* — Arrivons aux accidents inflammatoires aigus dont la blennorrhagie est le point de départ.

L'existence de la salpingite blennorrhagique aiguë, de la pelvi-péritonite blennorrhagique aiguë, ne saurait plus être mise en doute depuis les travaux de Bernütz et Goupil (1), qui n'avaient en vue que la forme clinique et ceux plus récents de Bumm (2) et de Wertheim (3), qui, bien que différant sur la réalité du rôle spécifique du microbe, appuient là clinique du contrôle microscopique et microbiologique. Nous n'avons pas à insister

(1) Bernütz et Goupil. Clin. méd. sur les maladies des femmes, 1862.

Bernütz. Traité de la pelvi-péritonite.

(2) Bumm. Sur l'étiologie des périton. infect. Munch méd. Woch. 1889-90. 4^e congrès de la Société allem. de gynécologie.

(3) Wertheim. Du rôle de la blennorrhagie dans les aff. génit. de la femme.

sur les symptômes et l'anatomie pathologique de ces lésions bien décrites dans les travaux de Thibault (1) et tout dernièrement de Charrier (2). Résumons brièvement.

Il est admis que l'infection blennorrhagique pure se limite, se localise presque toujours; ses exsudats sont plastiques; elle procède par poussées aiguës; c'est dans son histoire surtout que l'on trouve des paroxysmes à l'occasion des menstrues ou des fatigues. Très souvent à l'infection gonorrhéique ou mieux blennorrhagique, puisque le rôle du gonocoque n'est pas encore suffisamment fixé, vient s'ajouter l'affection streptococcienne. On observe alors la présence du pus. C'est ce qui arrive souvent chez les femmes qui, déjà en puissance d'une lésion annexielle ancienne de nature blennorrhagique, viennent à subir une infection puerpérale; la lésion nouvelle a alors les plus grandes chances de se limiter; d'où le pronostic meilleur pour l'intervention que portait Richard B. Maury.

Ce que nous venons de dire indique suffisamment combien les affections blennorrhagiques sont bénignes en comparaison des précédentes. Bernütz aurait cependant rapporté des cas mortels. Dans un cas de péritonite blennorrhagique rapporté par Thiloroix (3), où il n'a pas été trouvé de pus dans le péritoine mais seule-

(1) Thibault. Sur la salpingite blennorrhagique. Paris, juillet 1890.

(2) Charrier. Fév. 1892. Th. Paris. De la péritonite blennorrh. chez la femme.

(3) Thiloroix. France médicale, 1889, n° 139.

— —

ment dans les trompes, la mort est survenue par collapsus. La lecture de l'observation porte à croire qu'il y avait là une infection secondaire.

Pour nous mieux éclairer sur la fréquence et la gravité de ces déterminations annexielles et péritonéales de la blennorrhagie, nous avons consulté, à l'hôpital Lourcine, M. le Dr Renault, qui, avec son affabilité ordinaire, a bien voulu nous faire profiter des fruits de sa grande expérience des maladies des femmes. Pour lui, les affections blennorrhagiques pelviennes sont assez rares ; quand il lui a été donné d'en constater des exemples, l'affection était relativement bénigne. Souvent il a vu les symptômes s'amender rapidement sous l'influence d'un traitement médical, vésicatoires, glace, repos, antiseptie locale rigoureuse, etc., etc.

Quel sera donc le traitement à mettre en œuvre dans les affections pelviennes aiguës d'origine blennorrhagique ?

Nous ne saurions trop insister ici, comme plus haut, sur le traitement prophylactique.

La blennorrhagie féminine gagnant assez volontiers les organes profonds, on ne saurait la dépister et la traiter avec trop de soin. Les lavages antiseptiques seront la base du traitement.

Supposons les accidents pelviens franchement déclarés ; faudra-t-il intervenir immédiatement et ouvrir le ventre ?

Non, puisque le propre des lésions blennorrhagiques est de se limiter, de s'enkyster. Il existe une foule

d'observations dans lesquelles on voit les symptômes s'amender rapidement par le repos et les soins antiseptiques. Il est vrai que certains chirurgiens opèrent, bien qu'ils soient persuadés de la bénignité du pronostic ; « Zweifel (1), par exemple, qui reconnaît que la salpingite blennorrhagique ne menace pas la vie, qu'elle peut guérir, mais que l'opération est, quand même, indiquée, surtout chez les femmes qui doivent mener une vie active comme les ouvrières. En revanche, M. Pozzi et beaucoup d'autres chirurgiens tentent de guérir sans opérer. Citons ces mots qui terminent la thèse de Charrier : « Sans aller jusqu'à considérer les tendances chirurgicales de la gynécologie française comme une des causes de la dépopulation, nous dirons cependant, d'accord avec M. Pozzi, que c'est l'honneur de l'Ecole française de guérir et de conserver et que nous devons tous nous appliquer à garder ces saines traditions. »

C. *Inflammations pelviennes aiguës banales.* — Il n'y a pas lieu d'insister sur ce troisième point. On s'accorde à reconnaître que les microbes précédents associés, ou d'autres, tels que, le pneumocoque, le colibacille, le bacille, peuvent causer des lésions pelviennes aiguës.

Il va sans dire que dans ces cas, comme dans les précédents, l'intervention radicale ne saurait être plus justifiée, la limitation étant la règle et commandant par conséquent une thérapeutique expectante. D'ailleurs,

(1) Zweifel. Ulber pyosalpinx. Berlin, klin. Wochens, n° 45, p. 1,048.

outré que la virulence n'est jamais bien grande, on n'a pas à compter avec un état particulier comme la gestation, très propre à favoriser la diffusion. Ce que nous avons dit des traitements précédents trouve donc ici son entière application.

Pour terminer ce chapitre de la thérapeutique des affections aiguës et pour appuyer les considérations que nous avons fait valoir, nous ne saurions mieux faire que d'insister avec M. le professeur Le Dentu (1) sur ces deux points qu'il s'attache à mettre en relief, et sur lesquels il règle sa ligne de conduite :

1^o La thérapeutique des affections aiguës des annexes est étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus ;

2^o D'une façon générale, les grandes interventions chirurgicales doivent être réservées pour les formes chroniques.

(1) Le Dentu. Gazette des hôpitaux, fév. 1892.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement des affections chroniques.

L'organisme est devenu incapable de se défendre dans la lutte qu'il soutenait contre les différents germes, causes des lésions aiguës que nous avons distinguées. Il est impuissant à réagir soit contre la lésion qui s'est localisée et isolée, soit contre l'affection utérine qui vient l'influencer d'une façon permanente.

Ceci nous amène à diviser les lésions qui nous occupent en deux groupes principaux suivant qu'elles sont individualisées ou qu'elles ont gardé des communications avec l'utérus. — La notion étiologique ne saurait plus avoir ici son intérêt ; la forme devient prédominante.

1° *Lésions annexielles isolées.* — Dans ce premier groupe on distinguera en particulier l'*ovarite*.

Il est difficile de prévoir ce que peut devenir cette affection et comment elle peut se terminer.

Elle peut : 1° donner naissance à des kystes d'un certain volume, purulents, hématiques ou séreux ; 2° subir l'hypertrophie fibreuse de son stroma ; 3° devenir le siège de dégénérescences imprévues.

De même la trompe, obturée du côté de l'utérus, peut pour sa part réaliser un hydrosalpinx, un pyosalpinx, même un hémato-salpinx sans préjudice de l'hypertrophie de ses parois.

Dans certains autres cas, ces lésions individualisées ont pour cause de leur persistance une communication intermittente avec un conduit naturel autre que l'utérus. Celle-ci peut cesser et les lésions redeviennent isolées.

Dans l'un et l'autre cas, ce qui fait la gravité de la lésion, c'est :

1° Sa permanence sous forme de tumeur inflammatoire ;

2° Sa permanence, sous forme de pseudo-néoplasme kystique, séreux, purulent ou hémorrhagique ;

3° L'intensité des phénomènes, douleurs réveillées par les règles, le coït (dysménorrhée, dyspareunie).

En principe, ces tumeurs inflammatoires ne doivent pas être considérées comme d'une nocivité notable du fait de la septicité, sauf exception fort rare ; mais le fait que quelques-unes peuvent avoir des communications intermittentes avec des cavités ouvertes à l'extérieur, implique toujours la possibilité d'une suppuration fortuite et de l'ampliation de la tumeur, encore que le degré de virulence des organismes introduits récemment soit généralement modéré.

Exceptionnellement, on rencontre du pus concret et virulent au sein de fausses-membranes lardacées ; il semble que, dans chacun de ces cas, il y a lieu de rechercher la présence de bacille tuberculeux.

Comme conclusion pratique à ces données rapides sur l'évolution, nous ne saurions prétendre que le traitement conservateur ait toujours une action certaine et encore moins qu'il y ait un avantage réel à y persister, si les lésions sont bilatérales ; la question de traitement est ici, entre une opération toujours sérieuse, la laparotomie, et une, incomparablement moindre, la dilatation et le curettage de l'utérus.

Il est certain que les malades consultées n'hésiteront pas ; d'autre part, le médecin a tout avantage à essayer de ce traitement qui, avec le temps, le relèvement des forces, la vie au grand air, la balnéation thermo-minérale, peut éviter à une patiente timorée l'ouverture de l'abdomen.

Comment, dans ce cas, agit le traitement indirect par l'utérus ?

C'est difficile à démontrer ; mais on peut *a priori* accepter que la distension énorme et permanente de l'organe, le déplacement qu'il subit fatalement pendant les manœuvres, créent une sorte de massage moléculaire et lent de la région pelvienne, tirelle les adhérences, appelle la fluxion vasculaire et ouvre des voies nouvelles à la résorption.

C'est du moins l'explication offerte par M. Doléris pour certains cas.

On pourrait même admettre que la dilatation extrême de la matrice rétablit le courant endosmotique.

La *paramétrite* comme l'ovarite peut, dans un grand nombre de circonstances, devenir lésion isolée ou communicante. S'il s'agit d'un abcès fluctuant, l'évacuation est un moyen de guérison certaine ; de même si le foyer communique avec un viscère pelvien.

Dans ces cas, on peut supposer des lésions tellement étendues, tellement complexes que la laparotomie même a peu de chances de donner un bon résultat : c'est pour ces cas exceptionnels de paramétrite communiquant avec les viscères et subissant par suite des alternatives de repos et d'acuité que l'hystérectomie est acceptable. Seulement, en clinique, on sait parfaitement que ces faits ne se rencontrent pour ainsi dire pas, et que, quand un abcès s'ouvre vers le rectum ou l'ovaire ou la vessie, la rétraction des parois de cet abcès est encore possible.

Pour résumer, disons que la suppuration dans la paramétrite aiguë se diffuse ; quand le pus se collecte à l'état chronique, il peut s'ouvrir dans une cavité naturelle, mais on peut dire qu'il est presque toujours circonscrit.

Pour montrer combien une affection pelvienne nettement isolée et enkystée peut tirer de bénéfices d'un traitement indirect, nous pourrions citer beaucoup d'observations dans lesquelles, ce traitement ayant échoué, et la laparotomie ayant été jugée nécessaire, on a pu constater *de visu* une régression considérable dans les lésions. Dans certains de ces cas, la tumeur enlevée par laparotomie se trouvait presque dépourvue d'adhérences ou brides fibreuses et était parfaitement

isolée des organes voisins ; on ne peut donc attribuer à un œdème ou à un empâtement des tissus environnants, la sensation de grosse tumeur perçue par le toucher ; aussi la régression constatée peut-elle être considérée comme certaine.

Voici deux observations qui paraissent probantes :

M^{me} T..., 29 ans, cliente du Dr Jullien, chirurgien de Saint-Lazare, présente des phénomènes réactionnels intenses, du ballonnement, et au bas-ventre une tumeur énorme.

M. Doléris la voit le 21 novembre 1888. Diagnostic : salpingo ovarite gauche suppurative aiguë. Le traitement est purement médical. vésicatoires, repos, etc., etc.

Pendant 4 à 5 mois, la malade éprouve une amélioration sensible : les organes paraissent peu affectés au dernier examen.

Au mois de mai 1889, rédivivie : Mlle T... présente de nouveau une grosse tumeur à gauche. Le traitement consiste en plusieurs séries de traitements utérins suivant la méthode la plus complète, c'est-à-dire dilatations répétées, curettage, drainage, discision du col qui est conique et très étroit. La tumeur paraît avoir diminué ; il reste des vestiges d'ovaro-salpingite.

Un an plus tard, la malade souffre encore mais modérément ; l'état général surtout l'inquiète : amaigrissement, perte d'appétit. Au toucher, on sent une tumeur de la grosseur d'une grosse noix dans le cul-de-sac gauche.

M. Doléris fait alors la laparotomie et enlève un pyosalpinx, très bien limité. L'opération se fait facilement. Guérison rapide. Les annexes droites, trouvées normales, sont respectées.

Dans ce cas particulier, il est bien évident qu'après

plusieurs poussées de salpingite aiguë suppurée; à chaque fois, sous l'influence du repos et du traitement indirect, la résorption du pus se faisait. Aussi la tumeur enlevée était-elle à peine le tiers de la tumeur primitive et il n'y avait aucune adhérence voisine pouvant donner le change sur le volume.

Voici une deuxième observation en rapport sur les mêmes faits et non moins concluante, la malade ayant été suivie de près par l'observateur :

M^{me} d'O..., syphilitique, est atteinte d'une métrite légère d'origine puerpérale en juillet 1888.

Traitement utérin fait à Rio sans succès. Nouveau traitement utérin fait à Paris en août 1888.

Amélioration notable jusqu'en décembre. — A ce moment, réinfection de nature blennorrhagique : on assiste à la formation d'une tumeur salpingienne gauche qui arrive vite au volume d'une orange et successivement les annexes droites se prennent. Ecoulement d'un pus jaunâtre par le col.

Dilatations successives une fois les phénomènes aigus calmés, et drainage qui amène l'évacuation à peu près complète de la trompe gauche.

Récidive au mois de janvier 1889, après un calme de quelques jours.

On recommence la dilatation, le curage, etc. Amélioration très notable.

Il ne reste qu'une très petite tumeur fort supportable.

Deux ans plus tard, nouvelle poussée ; la malade s'affaiblit ; elle est revue par MM. Bouilly et Doléris : la laparotomie est décidée et pratiquée par ce dernier qui enlève un *vieux pyosal-*

pinæ à gauche, du volume d'un petit œuf à parois épaisses ; les annexes du côté droit sont atteintes de salpingo-ovarite avec fausses membranes, sans pus.

Cette observation montre bien, malgré l'insuffisance du traitement, qu'un résultat réel a été obtenu, à savoir la diminution notable de la poche et probablement l'expurgation du côté droit.

Pourquoi dans certains cas ces affections guérissent-elles facilement, dans d'autres se montrent-elles si rebelles ?

Sans avoir la prétention de donner une explication générale, nous ferons remarquer que les deux observations qui précèdent ainsi que beaucoup d'autres de la statistique de M. Doléris, se rapportent à cette catégorie de femmes aux mœurs légères, habituées à des excès vénériens et s'exposant constamment à de nouvelles réinfections. C'est aussi le cas de la femme dont l'observation est rapportée au n° 24 de nos observations inédites : après une guérison parue définitive de salpingite gauche, cette femme a été réinfectée très gravement.

Ainsi, les lésions inflammatoires pelviennes totalement isolées, ovarites ou paramétrites, peuvent guérir ou subir une amélioration considérable ; cette issue favorable se produit par la sclérose de l'organe, la stérilisation de l'exsudat et la compression, effet de la rétraction concentrique des fausses membranes pelviennes.

2^o *Lésions annexielles communicantes.* — A plus forte raison, le traitement indirect agira-t-il sur les lésions de cet ordre.

Plusieurs sortes d'affections rentrent dans cette catégorie.

D'abord les salpingites kystiques, avec décharges utérines de pus, de sang ou de sérosité.

Dans ces cas, c'est évidemment le défaut de drainage de l'utérus qu'il faut mettre en cause : il peut y avoir atrésie inflammatoire du col et reflux des liquides septiques de l'utérus dans les trompes, surtout au moment des règles ; de là entretien de la lésion tubaire et paroxysmes menstruels.

Puis les ovarites chroniques alimentées par les lésions récidivantes voisines de la trompe et surtout d'une façon plus directe encore, par les lésions profondes du stroma cervical. Il ne faut pas en effet perdre de vue ces lésions isolées de l'ovaire qu'on observe si souvent, associées à des phlegmasies intéressant le col. C'est dans ces cas surtout qu'il faut, comme nous le verrons, s'attacher au traitement de la cervicite. Bien plus, dans un grand nombre de circonstances, où une ovarite s'est montrée rebelle, il n'y a pas d'autre explication à chercher que les cautérisations intempestives pratiquées sur la muqueuse du col.

Nous ferons aussi rentrer dans cette classe de lésions, ces paramétrites qui compliquent inévitablement les lésions des ovaires et des trompes, et qui disparaissent avec celles-ci. Comme nous l'avons dit plus haut, ce sont, en effet, des lésions transitoires.

Quant aux salpingo-ovarites catarrhales communes, compagnes si fréquentes des endométrites, il ne saurait y avoir aucune espèce de doute à leur sujet; le traitement utérin leur convient à coup sûr, et c'est pour ces formes de salpingite catarrhale légère que, dans nos Observations, nous voyons survenir une guérison si rapide.

Ce qu'il faut déduire de tout ce qui précède, c'est que, dans tous les cas de lésions inflammatoires pelviennes chroniques, qu'elles soient isolées ou communicantes avec les organes pelviens ou l'utérus, le traitement indirect par l'utérus devra être essayé.

En quoi consiste donc ce traitement ?

Notre intention n'est pas de faire ici l'histoire de chaque opération, de montrer ses indications et d'entrer dans ses détails. Ces opérations sont en effet actuellement entrées dans la pratique courante de tous les gynécologues.

Nous nous attacherons surtout à faire ressortir que tous ces modes de traitement, depuis le plus simple jusqu'au plus compliqué, peuvent trouver leur indication; ces déductions se tireront en particulier du grand nombre d'Observations, tant anciennes que récentes, que nous avons pu réunir.

Quelques mots d'abord du traitement médical.

Traitement médical. — On ne saurait trop insister sur les heureux effets du repos dans les affections qui nous occupent. La chose est si vraie que bien des chirurgiens, ayant affaire à des femmes pauvres,

astreintes à un travail fatigant, au surmenage, persuadés de l'impossibilité pour eux d'obtenir de leur malade le repos absolu, élément primordial de la guérison, renoncent d'emblée aux méthodes conservatrices, et leur proposent la castration.

On peut voir que dans nos Observations, le repos intervient quelquefois presque isolé comme moyen de traitement, ou associé à peine à une antisepsie plus ou moins rigoureuse.

Citons entre autres les cinq Observations (nos 58-60) rapportées par M. Quenu, à la Société de Chirurgie, et dans lesquelles le repos et l'antisepsie vaginale ont fait tous les frais de la médication.

On pourrait même aller plus loin encore et rappeler ces cas où des femmes souffrant de tumeurs pour lesquelles une opération radicale avait été décidée, se sont trouvées tout à coup débarrassées sans aucun traitement, et sans que jamais récurrence se manifestât.

Telles sont nos Observations nos 83 et 84. M. Bazy en cite une non moins curieuse (1) :

L'action des pointes de feu et des vésicatoires, quelle que soit l'explication qu'on veuille lui donner, ne saurait être mise en doute. Outre l'élément douleur, que ces moyens font souvent disparaître, dans beaucoup de cas ils semblent puissamment concourir à la rétrocession des phénomènes inflammatoires. Cela ressort

(1) Bazy. Du traitement médical et en particulier du curetage utérin et de leur influence sur les lésions des annexes. Arch. médéc., 1891, tome 28, page 36.

assez de la lecture de nos Observations inédites 24 et 25.

Le massage, l'élongation des annexes par la méthode de Schultze, la reposition en avant de Kustner, semblent avoir donné de bons résultats, en particulier dans notre Observation inédite n° 8.

Quant aux eaux minérales, M. le professeur Le Dentu met en doute la constance de leur action; il les croit assez impuissantes pour les cas où les inflammations pelviennes graves sont prépondérantes. « Mais, dit-il, quand la métrite paraît dominer la situation et que la salpingite est relativement peu importante, on peut obtenir de bons effets des eaux sédatives dans les formes douloureuses, des eaux sulfureuses ou chlorurées sodiques dans les formes torpides où l'élément congestion occupe une place considérable. » Deux de nos malades (n° 24 et n° 10 inédites) paraissent avoir retiré un bénéfice notable d'une saison à Salies-de-Béarn (1).

Il est encore un autre traitement purement médical, dont Wernitz a beaucoup vanté les heureux effets.

Il consiste en une compression générale exercée sur le ventre et par suite sur les exsudats pelviens, au moyen de bandes de caoutchouc et d'ouate. On fait en même temps un tamponnement vaginal serré. Le but est d'immobiliser de cette façon toute la masse des viscères et de diminuer par là les congestions. Ce

(1) De Lostalot-Bachoué. Traitement des affections de l'utérus par les eaux de Salies-de-Béarn. 1892.

procédé, qui peut d'ailleurs, dans quelques cas, avoir de bons effets, ne paraît guère avoir été usité en France (1).

Il n'en est pas de même du tamponnement vaginal pratiqué dans un but antiseptique. Ce tamponnement est ordinairement précédé de lavages plus ou moins répétés au moyen d'une solution antiseptique. On pourrait citer quantité de malades, chez qui des tumeurs salpingiennes d'un volume notable ont peu à peu disparu sans aucune autre espèce de traitement. Témoin la malade qui fait le sujet de notre Observation 9 inédite; lors d'un voyage à Paris, un chirurgien lui conseilla l'ablation des annexes, pour une salpingite double qui durait depuis trois ans; désireux d'être père, le mari eut la patience de pratiquer chaque jour, à sa femme, des lavages antiseptiques vaginaux suivis d'un tamponnement; quatre mois après le début de ce traitement simple, la malade devenait enceinte.

Les lavages vaginaux n'agissent pas seulement par les substances antiseptiques dont sont chargées les solutions ordinairement employées, mais aussi par la température du liquide. M. le professeur Le Dentu est d'avis que les irrigations chaudes et prolongées ne conviennent pas à tous les cas, qu'elles peuvent tour à tour calmer les douleurs des tubo-ovarites ou les exaspérer. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'avant la mise en œuvre des nombreuses ressources de la

(1) Wernitz. Traitement des exsudats pelviens. Central bl. für gynæcol., 45, 9 novembre 1889.

chirurgie gynécologique actuelle, bien des femmes n'employaient que le repos et les injections, et guérissaient à la longue.

Nous préférons ne rien dire de l'électricité, la question n'étant pas encore bien jugée et les observations provenant toujours des mêmes sources, c'est-à-dire d'électriciens plutôt que de gynécologues.

Arrivons à des traitements plus actifs et d'abord à la dilatation utérine.

Dilatation utérine. — La dilatation utérine peut, à n'en pas douter, provoquer l'expulsion de liquides distendant fortement des trompes; d'ailleurs, il n'est pas rare que ces liquides soient évacués spontanément par l'utérus. Nous en trouvons plusieurs exemples dans le mémoire de M. le professeur Le Dentu; chez certaines de ses malades, les tumeurs disparaissent à la suite d'un écoulement muqueux ou muco-purulent et ne reparaissent plus; chez l'une d'elles, la laparotomie qui dut être faite beaucoup plus tard à cause de la persistance des douleurs, montra que le liquide ne s'était pas reproduit depuis l'évacuation qui datait de deux ans.

On comprend donc que la dilatation de l'utérus puisse amener un résultat pareil. Actuellement on préfère généralement la dilatation graduée, lente, prolongée, faite au moyen de laminaires, d'éponges antiseptiques, à la dilatation brusque, faite, en même temps, au moyen de dilateurs plus ou moins perfectionnés; les bougies de Hégar peuvent servir aux deux fins.

Drainage. — Mais le complément naturel de la dilata-

tion est le drainage de la cavité utérine, pratiqué de différentes manières, tantôt avec une tige métallique, tantôt avec des tubes de caoutchouc, tantôt avec de la gaze iodoformée.

L'influence bienfaisante de la dilatation suivie de drainage apparaît nettement dans quelques-unes de nos Observations. Dans l'Observation 22 inédite, par exemple, il s'agit d'une femme dont la trompe était le siège d'un épanchement abondant, lequel s'évacuait spontanément en causant de grandes douleurs; le curetage, l'amputation du col et le drainage ayant été faits, l'épanchement qui s'était reproduit ne tarda pas à se vider sans occasionner cette fois la moindre souffrance. L'Observation 65 rapporte le cas d'une femme atteinte de salpingite double : le curetage et l'électrisation intra-utérine sont appliqués sans succès pendant deux mois. On essaie alors d'une dilatation graduée à la laminaire et aux éponges antiseptiques et enfin on installe dans l'utérus deux gros tubes de caoutchouc; la guérison s'opère très-rapidement, et deux ans après la malade est revue florissante de santé.

D'ailleurs cette dilatation prolongée de l'utérus a aussi pour effet de ramollir d'une façon très notable toute la masse utérine, ramollissement qui le rend bien plus propre à l'absorption des substances antiseptiques diverses qu'on y introduit. Le ramollissement des parois utérines est si réel que, lorsqu'on veut pratiquer l'amputation de Schraeder par exemple, sur un utérus qui vient de subir une dilatation, il est sage

de laisser cet organe quelques jours au repos ; autrement les parois cervicales sont d'une mollesse telle que l'opération est singulièrement compliquée.

Amputation du col. — Que dirons-nous de l'amputation du col ? Elle répond surtout à la métrite cervicale et à l'allongement hypertrophique du col. On sait d'ailleurs que cette opération ne saurait avoir aucune influence fâcheuse sur le fonctionnement de l'utérus pour une grossesse ultérieure (1). Elle peut, à elle toute seule, et le plus souvent combinée au curage et au drainage, provoquer la rétrocession d'une inflammation d'annexes. Comme nous le disions plus haut, les communications lymphatiques qui relient particulièrement l'ovaire et le col de la matrice expliquent beaucoup de ces guérisons rapides à la suite d'un Schræder. C'est l'opinion soutenue par M. Doléris, dans tous ses écrits, que les lésions du stroma-cervical de l'utérus retentissent directement sur les annexes, l'ovaire principalement, par les lymphatiques du paramétrium. Lisons par exemple l'Observation 21 inédite. Chez cette malade, après le curettage, après la dilatation progressive et une amputation incomplète du col, la guérison ne se faisait que très lentement ; les poussées congestives douloureuses des annexes récidivaient. On détruit au thermo-cautère les bourgeons fongueux qui avaient persisté à l'orifice cervical ; dès lors la guérison se précipite et la malade, revue deux

(1) Ducasse. Th. de Paris, 1889. De la conception de la grossesse et de l'accouchement après la trachélorrhaphie et l'amputation du col.

ans après, est trouvée en excellente santé. Disons d'ailleurs en passant, que nous ne saurions trop ici faire le procès des cautérisations répétées sur le col dans le traitement des métrites. Quand un utérus est le siège d'une endométrite aiguë il a suffi quelquefois de cautérisations maladroites pour rouvrir les voies aux germes infectieux, et intéresser des annexes jusqu'alors restées indemnes.

Stomatoplastie. — Quant à l'opération, dite stomatoplastie de Gusserow, elle a quelquefois donné de bons résultats et, dans l'Observation inédite 11, nous voyons une malade guérie par ce traitement combiné au curage et à la dilatation, et devenue enceinte très peu de temps après.

Curettage. — Nous n'insisterons pas longtemps sur le curage, appliqué plutôt au corps de l'utérus, et le hersage appliqué plutôt au col. Ces opérations sont l'accompagnement obligé, la base de toutes les interventions utérines. On a beaucoup écrit sur l'heureuse action exercée par le curettage sur les affections annexielles; on a essayé de beaucoup de théories pour expliquer cette action. Quoi qu'il en soit, sur les 129 Observations que nous rapportons il a été employé une centaine de fois seul ou associé aux autres opérations utérines. Nous pouvons voir que, dans bien des cas, il n'a pas suffi à lui seul; aussi peut-on bien lui assigner un rôle souvent bien inférieur à celui de la dilatation; il fait partie de toutes les opérations, mais il n'en est souvent que l'accessoire. Ce curage et ce hersage s'accompagnent, il va sans dire, de l'ouverture des kystes

du col et de l'ablation de la muqueuse, quand une amputation ne paraît pas nécessaire.

Tels sont les principaux moyens de traitement utérins applicables à la thérapeutique des affections annexielles. Comme on peut le voir dans nos Observations, ces divers traitements associés, ou non, peuvent tous revendiquer de beaux succès.

Mais il est encore bien des déductions pratiques à tirer de la lecture de ces Observations et nous voulons les mettre en relief.

Sur la somme de 129 Observations que nous apportons, il faut en défalquer 7, dans lesquelles on voit que la laparotomie a été faite, l'amélioration obtenue presque toujours par le traitement indirect n'ayant pas paru suffisante. Il nous en reste donc 122 dans lesquelles la guérison, ou pour le moins une amélioration très sensible, ont été obtenues. Ce chiffre est déjà très éloquent. Mais aurons-nous la prétention de conclure que ce traitement indirect est presque toujours souverain? Evidemment non, attendu que nous n'avons pas relevé tous les cas où la laparotomie s'est imposée par la suite et ils sont, à n'en pas douter assez fréquents (1). Ce serait même là un travail très intéressant et très

(1) Au Congrès de Berlin, M. Doléris a présenté à ce sujet une statistique intéressante. Sur 140 cas pris dans une période d'observation de deux années, l'amélioration a été obtenue dans 1/3 des cas par de simples conseils médicaux. Dans 30 cas, la thérapeutique intra-utérine a réussi 22 fois. Sur 25 cas de lésions annexielles liées à des déviations, 23 succès ont été obtenus et 2 grossesses — 39 cas de laparotomies.

instructif à faire, que de rechercher tous les cas dans lesquels on a recouru en dernière ressource à l'ouverture du ventre et réussi ainsi, par l'examen direct des lésions, à toucher du doigt la cause des échecs précédents. Dans 4 de nos Observations (34, 37, 38, 42, inédites), recueillies à la clinique de M. le professeur Le Dentu, les intéressantes constatations ont pu être faites.

D'ailleurs, le grand intérêt d'observations comme celles qui font l'objet de notre travail, c'est la longue période de temps pendant laquelle les malades ont pu être suivies; or, beaucoup de malades n'ont pas été revues depuis le traitement et on n'a pu constater si la guérison avait persisté. Mais nous en avons en revanche un certain nombre très démonstratives à ce point de vue : 10 malades ont été suivies plus de 6 mois; 5 plus d'un an; 6 plus de 3 ans; 2 plus de 4 ans; l'une d'elles a été revue 4 ans 1/2 après son traitement suivi en 1887; une autre 8 ans. Chez toutes, sauf une qui a récidivé, la guérison s'est maintenue. Chez onze de nos malades, la conception a pu se faire; quelques-unes ont accouché heureusement, les autres sont encore en cours de leur grossesse et celle-ci évolue normalement. Ce sont là des résultats à considérer. Chez l'une de nos malades la laparotomie avait été jugée indispensable dans un temps prochain; on apprit qu'elle était devenue enceinte (n° 41, Obs. inéd.).

On pourrait dire que grossesse et affection inflammatoire annexielle ne sont pas choses incompatibles. Sans doute on cite beaucoup de cas d'une évolution

parallèle (1); mais encore faut-il que l'une des trompes soit saine et si le traitement indirect n'a eu aucune action sur l'une des lésions trop profonde pour être ainsi traitée, on peut admettre qu'il a guéri la lésion moins grave de l'autre annexe (Obs. 41) et rendu la migration de l'ovule possible.

Quant à conclure au meilleur mode de traitement, c'est chose impossible; c'est là évidemment le plus souvent une affaire de tâtonnement, de recherche patiente et un peu aveugle; il faut être éclectique en cette matière. Prenons par exemple les Observations 13, 15, 21, inédites et 34, 40, 60, anciennes; chez ces malades, après un premier traitement, la guérison ne s'est pas faite, ou bien la réinfection s'est produite à l'occasion d'une imprudence, du retour des règles, etc. Chez elles, il a suffi de recommencer à une ou deux reprises le même traitement, ou d'y ajouter quelque variante, pour voir le mal entrer enfin en résolution.

Un autre point que nous avons tenu à faire ressortir, c'est la difficulté du pronostic en cette matière. Chez six de nos malades qui avaient été consulter des chirurgiens aussi renommés que consciencieux, la laparotomie avait été jugée définitivement nécessaire; ces six malades ont guéri à la suite d'un traitement indirect poursuivi avec plus d'énergie et de constance.

A l'inspection de nos observations on peut voir aussi

(1) Blanc. Inflamm. péri-utérines dans leur rapport avec la grossesse et l'accouchement. (Soc. obstétr. et gynec., Paris, janv. 1892).

que, chez beaucoup de femmes, les lésions annexielles s'accompagnaient de viciations dans la statique utérine, antéversion, rétroversion, prolapsus, etc. Beaucoup, en même temps que le curage, la dilatation, etc., ont subi des opérations spéciales dirigées contre ces déviations, telles que l'hystéropexie, l'opération d'Alexander, des colporrhaphies, etc.; mais il est à remarquer que, chez beaucoup d'autres, ces dernières opérations ont été jugées inutiles après les premières; les opérateurs savent en effet très bien que, souvent, après une thérapeutique utérine complète et soigneuse, il se produit dans tout le système génital des modifications telles que les parois du vagin deviennent plus fermes, le périnée plus résistant et la statique pelvienne se trouve du même coup rectifiée. Sans vouloir pousser les choses trop loin, on peut même dire que certains désordres affectant des organes voisins de l'utérus et des annexes malades, peuvent bénéficier du même coup de la guérison de ceux-ci; la malade de l'Observation V inéd. a vu une dyspepsie, depuis longtemps rebelle, disparaître à la suite du traitement de son annexite.

Evacuation des collections, inflammations liquides aux points accessibles. — Il est des cas où, en même temps qu'un traitement indirect, des indications opératoires plus précises paraissent justifiées et commandent une intervention plus rapide; nous voulons parler de ces cas de poches purulentes enkystées, si adhérentes à la paroi abdominale ou aux culs-de-sac du vagin, qu'il paraît tout indiqué de les vider par une intervention

directe très simple. C'est le cas de citer la ponction et l'incision, méthodes encore fort en vogue.

En ce qui concerne l'ouverture par le vagin, cette méthode a été récemment mise en honneur et presque systématisée par M. Bouilly, à Paris (1) et M. Laroyenne, à Lyon. Les beaux succès obtenus par M. Laroyenne ont été rapportés en détail dans la thèse de M. Blanc (2).

Nous ne voulons pas insister sur ces modes opératoires bien décrits ailleurs; nous laisserons aussi de côté, ne les citant que pour mémoire, les divers modes d'intervention, tels que l'évacuation des collections péri-utérines par le rectum, par la voie sacro-coccygienne, par la voie périnéale et par les voies hypogastrique, iliaque, inguinale, crurale et fessière (3).

Nous en arrivons de suite aux cas où tout traitement indirect par l'utérus ayant échoué et toute intervention du genre des précédentes ayant paru insuffisante, la laparotomie est devenue inévitable.

C'est le cas de la malade de M. Le Dentu dont nous présentons l'observation résumée. (Inédite, n° 42.)

Laparotomie conservatrice. Rupture des adhérences. Résection de l'ovaire. Résection de la trompe. — La castration doit-elle être dès lors résolue ?

La malade dont il s'agit présentait des lésions doubles des annexes ; la laparotomie a été faite, les annexes

(1) Bouilly. Société de Chirurgie, 1890.

(2) Blanc. Lyon, 1889. De l'inflammation péri-utérine chronique.

(3) Stéph. Bonnet. Traitement chirurg. des suppur. pelv. Gazette des Hôpitaux, janvier 1892.

enlevées du côté gauche, mais M. Le Dentu s'est contenté de séparer les adhérences de la trompe et de l'ovaire du côté droit, laissant ainsi à cette malade encore jeune la faculté d'être fécondée.

Le désir de conserver aussi aux femmes l'usage de leurs organes nobles a inspiré aux chirurgiens diverses opérations.

Dès l'année 1887, à la Société Obstétricale de New-York, Polk présentait une note sur quatre cas de salpingites chroniques traitées simplement par la séparation de l'utérus et des annexes des parties voisines. Quelques mois plus tard, en septembre 1887, il présente une nouvelle note avec quatre autres cas traités de la même manière. Sa conclusion était que la salpingite chronique ne demande pas dans tous les cas l'ablation des annexes. Enfin, en 1891 (1), il présente quarante-deux cas nouveaux, chacun d'eux représentant l'une quelconque des méthodes conservatrices qu'il propose.

En voici le résumé :

A. 6 cas dans lesquels les trompes sont rendues perméables. 3 réussites ; 1 échec ; 2 résultats inconnus.

B. 4 cas dans lesquels l'infundibulum est amputé, l'ovaire laissé en place. 3 réussites ; 1 inconnu.

C. 19 cas dans lesquels les trompes et les ovaires sont libérés de leurs adhérences. 14 réussites ; 4 échecs ; 1 inconnu.

(1) William Polk. Note sur certaines opérations destinées à préserver les annexes de l'utérus. New-York, Medical Record, septembre 1891.

D. 3 cas dans lesquels on fait pour l'ovaire l'incision exploratrice. 3 réussites.

E. 4 cas dans lesquels des ovaires congestionnés à la suite de déplacements ont été traités par la fixation. 4 réussites.

F. 6 cas dans lesquels des ovaires affectés de un, deux ou trois kystes, ont été traités par l'énucléation de ces kystes. 4 réussites ; 1 échec ; 1 inconnu.

Ce qui donne en tout 42 cas ; en ajoutant les 8 cas antérieurs publiés par Polk, nous arrivons à un total de 50 cas pour cet opérateur, avec 38 réussites, 7 échecs, 5 résultats inconnus.

Polk explique avec détails la raison des échecs. Quant aux suites opératoires, elles ont été bonnes ; les malades guéries ont été suivies pendant une période de 6 mois à 3 ans après l'opération. Trois d'entre elles sont devenues enceintes ultérieurement ; deux enfants sont venus vivants, deux autres avant terme ; pour ces deux avortements, Polk croit pouvoir les attribuer à une chute ou à des manœuvres criminelles.

Tels sont les résultats du chirurgien américain ; sa maxime est bien celle de Lusk, qui disait naguère : « On ne saurait trop répéter que l'ablation heureuse d'un organe n'est pas le triomphe de l'art, mais un aveu de sa défaite. »

Au Congrès de Bonn du mois de mai 1891 (1), Martin, de Berlin, propose aussi des opérations conservatrices après la laparotomie. Il a fait comme Schroeder,

(1) Société Médicale, 1891.

la résection des ovaires, et a eu des succès avec la résection des trompes; l'opération consiste à ouvrir la trompe, à vider son contenu et à former un nouvel orifice abdominal; c'est aussi ce qu'ont fait Zweifel et Skutsch. Dans les 21 résections d'ovaires et 24 résections de trompes qu'a opérées Martin, il a vu la menstruation persister à chaque fois; dans un cas, unique il est vrai, de résection de trompe d'un côté et ablation de l'autre, il a eu une grossesse; les cas de grossesse à la suite de résections d'ovaires sont moins rares. C'est cette résection de la trompe que Skutsch appelle salpingostomie.

Les gynécologues allemands sont en général favorables à ces opérations conservatrices; Landau, presque seul, s'y montre opposé, à cause des réinfections possibles par la trompe, des infections blennorrhagiques en particulier. Il est vrai, comme le lui dit Martin, que toutes les femmes saines sont dans ce cas.

A la Société de Chirurgie (juillet 1891), M. Pozzi a communiqué deux cas de laparotomie où il a pu se contenter de pratiquer, dans un cas la résection partielle d'un ovaire sur lequel s'était développée une tumeur, dans l'autre de la résection de l'ovaire avec salpingorraphie. M. Routier croit la légitimité de cette intervention très discutable; les chirurgiens qui ont fait des castrations incomplètes auraient toujours eu à s'en plaindre. D'ailleurs, ajoute-t-il, le moignon qu'on laisse dans une résection d'ovaire scléro-kystique, par exemple, cas le plus ordinaire, est à coup sûr atteint de la même maladie, et, d'après les recherches de MM. Pilliet

et Cónzette, tout ovule évoluant dans un pareil ovaire, évoluera fatalement vers la dégénérescence kystique. La conclusion de M. Routier est que dans tous les cas pareils il ne saurait y avoir un milieu : « ou l'ovaire est assez malade pour justifier une ablation totale, ou il ne l'est pas, et alors même la castration est indiquée. »

Nous ne pouvons qu'applaudir à ces essais de chirurgie vraiment conservatrice, essayés particulièrement en Amérique par Polk, en Allemagne par Martin, en France par M. Pozzi. Cette thérapeutique est-elle efficace ? Nous pensons comme M. Pozzi, qu'un jugement en pareille matière ne peut être que prématuré ; quelques cas rapportés par leurs opérateurs paraissent concluants, pour d'autres il a fallu recourir dans la suite à une nouvelle laparotomie ou à l'hystérectomie. Il y a encore dans cette voie bien des progrès possibles ; c'est à l'avenir de décider.

Nous en sommes arrivés au point où toutes les opérations ayant été systématiquement essayées et n'ayant été suivies d'aucun bon résultat, le chirurgien n'a plus d'autre ressource que l'ablation des organes malades. C'est la ressource ultime ; mais nous n'avons pas à insister ; là s'arrêtent les limites de notre sujet.

OBSERVATIONS.

I. Inédites.

1. D^r BRAINE, décembre 1890. — 24 ans. Puerpéralité: Latéroversion utérine, point douloureux sur le côté droit de l'utérus, ovaire droit gros. Repos au lit, injections chaudes, aucune amélioration. M. Terrillon propose l'ablation des annexes. On tente auparavant la dilatation à la laminaire, le curettage et la dilatation à la gaze iodoformée continués un mois. Guérison rapide, malade suivie pendant un an. Guérison maintenue malgré voyages et fatigues.
2. D^r CARLIER (Lille), décembre 1891. — 27 ans. Puerpéralité. Salpingite droite. Repos, injections antiseptiques. Guérison en trois semaines.
3. D^r Stéph. BONNET, novembre 1890. — 32 ans. Puerpéralité. Une première poussée de pelvi-péritonite il y a un an et demi. Actuellement, déchirure périnéale, endométrite, paramétrite gauche, trompe prolabée dans le Douglas hypertrophié. Antisepsie vaginale, dilatation progressive à la laminaire et aux éponges. Curettage, hersage, écouvillonnage, drainage. Guérison absolue en un mois et demi, persiste pendant les dix-sept mois d'observation.

4. Dr Stéphan. BONNET, mai 1889. — 29 ans. Puerpéralité. Couches laborieuses. Déchirure périnéale étendue ; cystocèle et rectocèle, prolapsus utérin. Annexes gauches volumineuses et douloureuses. Curage, abrasion de la muqueuse cervicale, colporrhaphie et colpoperinéorrhaphie. Premières règles douloureuses, depuis normales. Quatre mois après le traitement, l'ovaire gauche prolabé est à peine sensible et la guérison persiste pendant les deux ans d'observation.
5. Dr Stéphan. BONNET, novembre 1890. — 32 ans. Leucorrhée post-matrimoniale. Ovaire gauche prolabé, périovario-salpingite droite, utérus à peine perméable. Injections antiseptiques, pansements intra-utérins, dilatation progressive, curage, hersage, drainage. La malade se lève le dixième jour. Guérison un mois après, maintenue pendant quatorze mois d'observation. Dyspepsie rebelle en même temps très améliorée.
6. Dr Stéphan. BONNET, octobre 1889. — 23 ans. Leucorrhée post-matrimoniale, métrorrhagies, poussées aiguës intermittentes. Vaginite. Les deux trompes sont tuméfiées, fluctuantes, douloureuses. Injections et tampons antiseptiques. Dilatation progressive à la laminaire et aux éponges ; à chaque fois, écoulement de pus. Curage, hersage du col. Amélioration en dix jours. Après la première menstruation, réinfection ; badigeonnages utérins à la créosote. Guérison en un mois, maintenue malgré des fatigues et des voyages réitérés.
7. Dr Stéphan. BONNET, octobre 1890. — 24 ans. Leucorrhée depuis deux à trois ans, écoulement sanguinolent intermenstruel. A communiqué l'urétrite. Empatement des culs-de-sac gauche et postérieur. Badigeonnages intra-utérins à la créosote pure et scarifications du col. Tampons et injections antiseptiques. Guérison en un mois. Six mois après, grossesse. Accouchement naturel, suites normales.
8. Dr FRAISSE (Roubaix), avril 1890. — 38 ans. Multipare, dernier accouchement il y a quatre ans. Utérus en rétroflexion, annexes

en paquet fixées dans le Douglas et douloureuses. Antisepsie vaginale pendant deux mois, massage des annexes, élongation de Schultze, deux séances par semaine. Reposition en avant de Küstner. Douleurs cessent. Au bout de quelques mois, situation normale des annexes. Guérison maintenue plus d'un an.

9. D^r FRAISSE (Roubaix), juin 1890. — 30 ans. Puerpéralité. Endométrite, salpingite double depuis trois ans. L'ablation des annexes a été conseillée à Paris. Traitement par la désinfection vaginale. Injections et tampons pendant plusieurs mois. Les douleurs cessent peu à peu. La malade fait savoir, quatre mois après, qu'elle est enceinte. Grossesse normale.

10. D^r FRAISSE (Roubaix), janvier 1890. — 26 ans. Accouchement il y a deux ans. Au toucher deux tumeurs, pelvi-péritonite. Douches chaudes antiseptiques, tampons, massages, pointes de feu sur le bas-ventre. Bains de Salies-de-Béarn. Dilatation à la laminaire. Attouchements à la glycérine créosotée. Drainage à la gaze iodoformée, le tout pendant cinq à six mois. L'utérus et le paramètre sont devenus souples et mobiles à la longue ; plus de douleurs ni de tumeurs. La malade est grasse et fraîche. Guérison maintenue deux ans.

11. D^r FRAISSE (Roubaix), décembre 1890. — 28 ans. Accouchement il y a dix mois ; depuis, impotence complète et douleurs. Consultation avec le D^r Looten, de Lille ; pelvi-péritonite. Traitement d'abord médical : pointes de feu, désinfection vaginale, etc., puis dilatation pendant deux mois et stomatoplastie de Gusserow. Disparition rapide des douleurs. Neuf mois après conception ; la grossesse évolue actuellement normalement.

12. D^r FRAISSE (Lille), juin 1891. — 25 ans. Puerpéralité. Métrite chronique. Cervicite purulente. Antéflexion. Annexes tuméfiées, douloureuses, immobiles. Antisepsie vaginale. Dilatation, curetage, amputation de Schröder. Les douleurs disparaissent immédiatement. Cinq mois après, grossesse qui évolue actuellement.

13. Dr FRAISSE (Roubaix), mars 1891. — 36 ans. Puerpéralité. Métrite, salpingite double. Traitement médical pendant deux mois. La métrite guérit rapidement, la périmétrite résiste. Curetage et Schröder; la périmétrite cède au bout de trois mois. Guérison maintenue un an.
14. Service de M. le Professeur TRÉLAT. M. ARROU, int. des Hôpitaux, juillet 1889. — 18 ans. Soignée il y a un an par M. Polaillon pour une pelvi-péritonite de cause indéterminée. Leucorrhée et douleurs ont persisté. Antéversion utérine, endométrite, double tumeur salpingienne. Dilatations répétées à la laminaire. Exeat quatre jours après à la demande de la malade. Guérison maintenue en 1890.
15. Service de M. le Professeur TRÉLAT. M. ARROU, int. des Hôp. — Puerpéralité. Métrite, salpingo-ovarite gauche légère. Dilatation à la laminaire deux fois répétée. Premier curetage, la suppuration reparait trois jours après. Nouveau curetage, dilatation aux bougies de Hégar, drainage. Guérison en un mois, maintenue trois mois après. Trompe gauche à peine sensible.
16. Service de M. le Professeur TRÉLAT. M. ARROU, int. des Hôp., juillet 1889. — Un premier accouchement suivi de phlegmatia alba dolens, fausse couche de trois mois il y a deux mois; depuis, douleurs, métrorrhagies. Endométrite puerpérale, salpingite gauche légère. Dilatation à la laminaire, curetage. Guérison complète en quinze jours, maintenue trois mois après.
17. Service de M. le Professeur TRÉLAT. M. ARROU, int. des Hôp. — Puerpéralité. Métrite puerpérale, salpingite gauche. Dilatation à la laminaire deux fois renouvelée. Métrite rapidement guérie, salpingite en régression. Au bout de deux mois, salpingite très améliorée.
18. Dr DOLÉRIS, avril 1887. — 37 ans. Stérilité depuis neuf ans de mariage, allongement conique du col, rétroversion, paramétrite.

Curage. Amputation du col. Alexander. Guérison parfaite et grossesse peu de temps après.

19. D^r DOLÉRIIS, juillet 1887. — 24 ans. Allongement de la lèvre antér. du col, annexes droites prolabées et douloureuses. Curage, trachelorrhaphie double. Guérison parfaite et grossesse six mois après.

20. D^r DOLÉRIIS, décembre 1887. — 28 ans. Cervicite chronique, ovaro-salpingite. Dilatation progressive, curage, amputation du col. Guérison parfaite au point de vue du col seulement. Laparotomie et castration ultérieure, guérison.

21. D^r DOLÉRIIS, janvier 1888. — 23 ans. Blennorrhagie. Cervicite chronique, hypertrophie du col, lésions des annexes avec pous-sées congestives douloureuses. Dilatation progressive, curage, amputation du col. Guérison lente; le col est bourgeonnant. Destruction des bourgeons au thermo-cautère, guérison rapide et maintenue deux ans.

22. D^r DOLÉRIIS, octobre 1888. — 23 ans. Blennorrhagie. Cervicite chronique, salpingite gauche. Dilatation progressive, curage, écouvillonnage, amputation du col, drainage. Guérison rapide; la trompe, après s'être vidée, s'emplit de nouveau un mois après, mais la malade ne souffre plus.

23. D^r DOLÉRIIS, juin 1889. — 21 ans. Puerpéralité. Cervicite chronique, ovaro-salpingite droite. Curage, hersage. Guérison rapide; le col reste hypertrophié.

24. D^r DOLÉRIIS, mars 1890. — 22 ans et demi. Blennorrhagie. Cervicite, ovaro-salpingite droite. Dilatation progressive, curage, amputation du col. Amélioration. Après une saison à Salies-de-Béarn et une série de vésicatoires et d'électrisations, la guérison paraît définitive. Réinfection en janvier 1892 et récurrence grave de salpingo-ovarite gauche.

25. Dr DOLÉRIS, mai 1888. — 28 ans. Cervicite chronique, ovaro-salpingite droite. Dilatation, curage, stomatoplastie, drainage. Guérison partielle. La tumeur salpingienne disparaît à la suite de deux vésicatoires.
26. Dr DOLÉRIS, février 1889. — 22 ans. Cervicite chronique, ovarite droite. Curage, hersage au bistouri. Guérison rapide, grossesse sept mois après.
27. Dr DOLÉRIS, mai 1889. — 18 ans. Blennorrhagie. Cervicite chronique, ovaro-salpingite double. Dilatation, amputation du col, drainage. Guérison. Le curage seul fait un an auparavant avait échoué.
28. Dr DOLÉRIS, novembre 1889. — 24 ans. Cervicite chronique. Ovaro-salpingite double. Dilatation, curage, hersage, drainage. Guérison définitive après une saison à Salies. Au retour, il ne reste des deux tumeurs ovaro-salpingiennes qu'une trompe prolabée et non douloureuse.
29. Dr DOLÉRIS, octobre 1890. — 26 ans. Blennorrhagie. Cervicite chronique, ovaro-salpingite double. Dilatation, curage, hersage, drainage. Grande amélioration. Persistance de quelques douleurs du côté des annexes droites.
30. Dr DOLÉRIS, novembre 1890. — 24 ans. Cervicite, antéversion utérine, ovaro-salpingite légère. Curage, hersage. Guérison et grossesse en février 1891.
31. Dr DOLÉRIS, avril 1890. — 37 ans. Allongement du col, rétroversion utérine, périmétrite. Curage, amputation du col. Guérison et grossesse quelque temps après.
32. Dr DOLÉRIS, novembre 1890. — 35 ans. Blennorrhagie. Cervicite, salpingo-ovarite. Dilatation, curettage. Schröder. Guérison rapide maintenue un an. L'ablation des annexes avait été proposée en Amérique.

33. D^r DOLÉRIIS, février 1891. — 27 ans. Cervicite kystique purulente, ovarite droite. Dilatation. Curettage. Guérison.
34. Service de M. le Professeur LE DENTU. M. le D^r PICHEVIN, novembre 1890. — 27 ans. Puerpéralité. Tumeur oophoro-salpingienne grosse comme un œuf à gauche. A droite, ovaire prolabé, trompe un peu volumineuse. Dilatation graduée à la laminaire, à l'éponge, à la gaze iodoformée, aux bougies de Hégar (jusqu'au n^o 16). Curage. Amélioration sensible mais non guérison. La laparotomie est faite le 8 janvier 1891. A droite, lésions catarrhales ; à gauche, adhérences nombreuses et fermes, pas de pus.
35. Service de M. le Professeur LE DENTU, M. le D^r PICHEVIN, décembre 1890. — 20 ans. Métrite post-matrimoniale, ni couche, ni fausse couche. Endométrite, salpingite double. Dilatation à la laminaire, aux bougies de Hégar, à la gaze iodoformée. Amélioration rapide, mais non guérison. Au moment de la sortie, on sent toujours manifestement la poche salpingitique gauche.
36. Service de M. le Professeur LE DENTU. M. le D^r PICHEVIN, janvier 1891. — 28 ans. Ovaire gauche prolabé, trompe empâtée, périsalpingite. A droite, annexes douloureuses. Dilatation à la laminaire et aux éponges sans grande amélioration. Curage, hersage. Grande amélioration.
37. Service de M. le Professeur LE DENTU. M. le D^r PICHEVIN, janvier 1891. — Puerpéralité. Rétroversion utérine, salpingite double. Dilatation à la laminaire et aux éponges. Amélioration très notable au bout de deux mois, douleurs persistent. Laparotomie faite le 3 avril 1891 : à gauche, hydrosalpinx, ovaire scléreux, lésions à droite. Castration double.
38. Service de M. le Professeur LE DENTU. M. le D^r PICHEVIN, avril 1891. — 27 ans. Puerpéralité. Oophoro-salpingite double plus accusée à droite. Dilatation à la laminaire, éponges, gaze iodoformée. Amélioration. Laparotomie en mai 1891.

39. Service de M. le Professeur LE DENTU. M. le D^r PICHEVIN, mars 1891. — 24 ans. Salpingite catarrhale légère double. Dilatation pendant vingt-quatre heures. Curettage. Crayons iodoformés. Guérison complète en douze jours.
40. Service de M. le Professeur LE DENTU. M. le D^r PICHEVIN, avril 1891. — 20 ans. Salpingite double plus accusée à gauche. Dilatation rapide. Curettage. Guérison complète en quelques jours.
41. Service de M. le Professeur LE DENTU. M. le D^r PICHEVIN, mai 1891. — 24 ans. Puerpéralité. Antéflexion utérine, trompe gauche volumineuse, moniliforme. Oophoro-salpingite droite. Curettage. Amélioration notable, mais persistance des douleurs; on croit que la laparotomie sera inévitable. Or, en décembre 1891, on trouve une grossesse de cinq à six mois.
42. Service de M. le Professeur LE DENTU. M. le D^r PICHEVIN, février 1892. — 28 ans. Puerpéralité. Salpingite kystique volumineuse gauche, salpingo-ovarite droite légère. Laparotomie immédiate. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauches. A droite, simple libération des annexes.

II. Observations anciennes.

1. Professeur TRÉLAT, Thèse de M^{lle} Finkelstein, Obs. I, Nov. 1888. — 28 ans. Endométrite. Ovaro-salpingite double. Curettage. Guérison : quinze jours. Le curage a été fait comme opération préparatoire à la laparotomie et a suffi à la guérison.
2. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. II, Nov. 1888. — 25 ans. Puerpéralité. Salpingite. Pelvi-péritonite. Dilatation à la laminaria. Curettage. Guérison : quatre semaines.

3. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. III, Déc. 1888. — 37 ans. Leucorrhée chronique. Endométrite. Pelvi-péritonite aiguë. Dilatation à la laminaria. Curettage. Guérison : quinze jours.
4. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. IV, Nov. 1888. — 34 ans. Blennorrhagie. Endométrite. Pelvi-péritonite ancienne droite. Ovarosalpingite gauche. Dilatation à la laminaria. Curettage. Guérison : trois semaines. La salpingectomie avait été décidée en cas d'échec du curettage.
5. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. V, Nov. 1888. — 24 ans. Puerpéralité. Accidents éclamptiques. Endométrite. Ovarosalpingite. Dilatation à la laminaria. Curettage. Guérison : quinze jours.
6. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. VI, Mars 1889. — 26 ans. Puerpéralité. Endométrite. Ovarosalpingite gauche. Dilatation. Curettage. Guérison : quinze jours.
7. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. VII, Nov. 1889. — 23 ans. Puerpéralité. Endométrite. Rétroversion utérine. Salpingite gauche. Dilatation à la laminaria. Curettage. Opération d'Alexander. Guérison : quinze jours, suivie et maintenue trois mois et demi.
8. Docteur PICQUÉ (*idem*), Obs. VIII, Nov. 1889. — 58 ans. Puerpéralité. Salpingite catarrhale double. Curettage. Injection de perchlorure de fer. Guérison : quinze jours, suivie et maintenue trois mois.
9. Docteur PICQUÉ (*idem*), Obs. IX, janv. 1889. — 24 ans. Leucorrhée depuis le mariage. Salpingite double. Curettage. Guérison rapide. La castration avait été vivement conseillée.
10. Docteur PICQUÉ (*idem*), Obs. X, Déc. 1888. — 25 ans. Puerpéralité. Métrite cervicale. Salpingite catarrhale. Curettage. Opération de Schröder. Guérison maintenue longtemps : ovaires malades, mais non douloureux.

11. Docteur PICQUÉ (*idem*), Obs. XI, Déc. 1888. — 19 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite catarrhale. Curettage. Injections de teinture d'iode. Guérison : un mois.
12. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. XII, Mars 1889. — 22 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite double récente. Antéflexion. Dilatation avec les bougies de Hégar. Curettage. Guérison rapide. Légère rechute qui guérit seule.
13. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. XIII, Mars 1889. — 21 ans. Blennorrhagie. Endométrite. Salpingo-ovarite double. Dilatation à la laminaria. Guérison lente, complète au bout de deux mois, maintenue trois mois.
14. DELBET (*idem*), Obs. XIV. — 25 ans. Puerpéralité. Rétroflexion. Empatement des culs-de-sac droit et postérieur. Écouvillonnage. Curettage. Guérison rapide, suivie et maintenue six mois.
15. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. XV, Avril 1888. — 27 ans. Puerpéralité. Endométrite. Empatement du cul-de-sac droit. Dilatation à la laminaria. Écouvillonnage. Curettage. Guérison.
16. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. XVI, Avril 1889. — 29 ans. Puerpéralité. Salpingite double. Rétroversion. Curage. Opération d'Alexander. Guérison.
17. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. XVII, Avril 1889. — 24 ans. Puerpéralité. Salpingite double. Curage. Guérison, maintenue trois mois.
18. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. XVIII, Mai 1889. — 22 ans. Puerpéralité. Annexes tuméfiées et douloureuses. Curage. Guérison.
19. Professeur TRÉLAT (*idem*), Obs. XIX, Mars 1889. — 22 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite double. Curage. Guérison : quatre mois. Un écoulement purulent persiste longtemps après la disparition des symptômes annexiels.

20. Docteur DOLÉRIIS (*idem*), Obs. XX, Août 1888. — 24 ans. Puerpéralité. Antéflexion. Salpingite double chronique. Dilatation à la laminaria et aux éponges. Curettage et écouvillonnage. Guérison : huit jours.
21. Docteur DOLÉRIIS (*idem*), Obs. XXI, Nov. 1889. — 34 ans. Puerpéralité. Salpingo-ovarite double. Curage. Drainage à la gaze iodoformée. Guérison : un mois.
22. Docteur DOLÉRIIS (*idem*), Obs. XXII, Septemb. 1888. — 25 ans. Blennorrhagie ? Salpingite double. Curage. Drainage à la gaze iodoformée. Guérison maintenue quatre mois.
23. Docteur DOLÉRIIS (*idem*), Obs. XXIII, Septemb. 1888. — 22 ans. Dysménorrhée. Leucorrhée post-matrimoniale. Salpingite double. Dilatation progressive. Curage. Drainage iodoformé. Amélioration notable, mais la malade part non complètement guérie. Elle revient une semaine après. Nouvelle dilatation. Nouveau curage. Guérison maintenue huit mois.
24. Docteur DOLÉRIIS (*idem*), Obs. XXIV, Octobre 1888. — 23 ans. Puerpéralité. Endométrite. Ovaro salpingite gauche. Dilatation progressive. Curage. Drainage à la gaze iodoformée. Guérison en un mois, maintenue trois mois.
25. Docteur DOLÉRIIS (*idem*), Obs. XXV. — 29 ans. Puerpéralité. Salpingite double. Prolapsus des ovaires. Dilatation progressive. Curage. Drainage à la gaze iodoformée. Guérison : suivie et maintenue deux mois.
26. Docteur DOLÉRIIS (*idem*), Obs. XXVI, Oct. 1888. — 23 ans. Blennorrhagie. Ovaro-salpingite gauche. Dilatation progressive. Curage. Drainage à la gaze iodoformée. Guérison en quinze jours.
27. Docteur DOLÉRIIS (*idem*), Obs. XXVII, Août 1887. — 20 ans.

Mariée depuis un an. Métorrhagies. Salpingo-ovarite droite. Antéflexion. Dilatation avec le dilatateur de Sims. Curage. Écouvillonnage. Guérison en quinze jours.

28. Docteur DOLÉRIIS (*idem*), Obs. XXVIII, Mai 1889. 27 ans. Métrite chronique. Oophoro-salpingite gauche. Dilatation progressive. Curage. Écouvillonnage. Guérison : trois semaines. A l'occasion des règles, il y a une recrudescence.

29. Thèse de Cantin, Obs. I, Mars 1888. — 25 ans. Puerpéralité. Métrite. Lymphangite péri-utérine. Adénite inguinale. Dilatations successives. Curettages et écouvillonnages répétés. Guérison : deux mois, maintenue huit mois.

30. *Idem*, Obs. II, Mars 1888. — 27 ans. Puerpéralité. Lymphangite péri-utérine. Dilatations multiples. Curettage. Écouvillonnage. Guérison : un mois et demi, maintenue un mois et demi.

31. *Idem*, Obs. III, Mars 1888. — 27 ans. Puerpéralité. Lymphangite péri-utérine. Dilatation à la laminaria. Curettage. Écouvillonnage. Guérison : quinze jours, maintenue trois semaines. Rechute guérie par le repos.

32. *Idem*, Obs. IV, Mars 1888. — 24 ans. Leucorrhée. Dysménorrhée. Endométrite. Paramétrite. Dilatation à la laminaria. Écouvillonnage sans curettage. Cautérisation à la teinture d'iode. Guérison en quinze jours.

33. *Idem*, Obs. V, Mundé, Oct. 1884. — 36 ans. Lymphadénite péri-utérine. Injections d'eau chaude. Teinture d'iode sur le col. Tamponnement vaginal. Guérison en six mois. Quelques points restent douloureux dans les culs-de-sac.

33 bis. *Idem*, Obs. VI, Mundé. — Catarrhe cervical chronique. Rétroversion. Lymphadénite pelvienne. Galvanisation. Curettage. Suppositoires à l'iodoforme. Phénol iodé sur le col. Amélioration considérable au bout de deux mois, maintenue deux mois.

34. *Idem*, Obs. VII, Munde, Janv. 1883. — 38 ans. Rétroversion. Lymphadénite péri-utérine. Application de teinture d'iode sur l'endomètre et le vagin. Tamponnement. Injections antiseptiques. Amputation du col. Guérison en trois semaines après l'amputation. L'amputation du col a été pratiquée en dernière ressource, le traitement précédent ayant échoué.
35. *Idem*, Obs. VIII, Munde, 32 ans. — Puerpéralité. Rétroflexion utérine. Endométrite villeuse. Lymphangite rétro-utérine. Ovarite gauche. Curetage. Applications iodées. Tamponnements. Injections chaudes. Suppositoires à l'iodoforme. Pessaires. Amélioration en un mois. Il reste, au bout d'un mois, encore un certain empatement des culs-de-sac.
36. *Idem*, Obs. IX, Valton, Juillet 1884. — 33 ans. Endométrite. Pelvi-péritonite et paramérite chroniques. Dilatation forcée. Incision du col. Curetage. Guérison complète en un mois. La malade a été souvent revue. Guérison maintenue.
37. *Idem*, Obs. X, Avril 1888. — 29 ans. Leucorrhée chronique. Avortement. Endométrite. Lymphangite péri-utérine. Salpingite. Dilatation à la laminaria et aux bougies de Hégart. Curetage et écouvillonnage. Amélioration très sensible en quinze jours. Malgré l'amélioration, l'ablation des annexes est pratiquée un mois après.
38. *Idem*, Obs. XI, Juin 1888. — 34 ans. Puerpéralité. Endométrite. Lymphangite péri-utérine. Rétroversion. Dilatation à la laminaria. Bougies de Hégart. Curetage. Double opération d'Alexander. Guérison en quinze jours.
39. *Idem*, Obs. XII, Mai 1888. — 45 ans. Leucorrhée chronique. Métrite virginal. Lymphangite péri-utérine. Curetage. Écouvillonnage. Guérison en trois semaines. Un peu de muco-pus quinze jours après l'opération.

40. *Idem*, Obs. XIII, Mars 1888. — 23 ans. Lymphangite péri-utérine à droite surtout. Dilatation, Écouvillonnage, injections multiples à la glycérine créosotée. Badigeonnage du col à la teinture d'iode. La malade quitte l'hôpital non guérie : grosse tumeur dans le cul-de-sac gauche. Il y a eu réinfection à l'occasion des règles, et l'écouvillonnage, d'après l'auteur, n'aurait pas suffi.
41. Thèse de CANTIN, Obs. XIV, Déc. 1888. — 28 ans. Avortement de quelques semaines. Lymphangite péri-utérine. Vésicatoire. Dilatation à la laminaire. Curage. Écouvillonnage. Guérison en trois semaines.
42. Thèse de RIZKALLAH, Obs. VIII, Docteur PICQUÉ, Oct. 1888. — Blennorrhagie Endométrite. Salpingite catarrhale double. Curettage. Injections iodées. Guérison complète en un mois. Grossesse peu de temps après.
43. Thèse de RIZKALLAH, Obs. IX. — 24 ans. Blennorrhagie. Endométrite. Salpingite blennorrhagique bilatérale. Curettage. Lavages utérins. Tampons. Guérison : un mois.
44. Thèse de RIZKALLAH, Obs. X. — Puerpéralité. Endométrite. Salpingite catarrhale gauche. Curettage. Injections iodées répétées. Amélioration considérable en trois semaines.
45. Thèse de RIZKALLAH, Obs. XI. — 20 ans. Puerpéralité et blennorrhagie. Endométrite. Salpingite catarrhale gauche. Curettage, puis injections iodées tous les deux jours. Guérison complète en trois semaines.
46. Thèse de RIZKALLAH, Obs. XII, Mai 1889. — Puerpéralité. Endométrite. Salpingite catarrhale gauche. Ovaires polykystiques. Curettage. Aucune amélioration ; la laparotomie est pratiquée avec succès trois semaines après.
47. Thèse de SAINTU, Obs. VII, Février 1890. — 25 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite interstitielle gauche. Dilatation pendant

quinze jours. Curettage. Grande amélioration au bout de trois semaines : la dilatation n'avait pas suffi à amender tous les symptômes.

48. Thèse de SAINTU, Obs. VIII, Mars 1890. — 30 ans. Puerpéralité. Métrite ancienne. Salpingite interstitielle gauche adhérente. Curettage. Amputation du col. Amélioration rapide des symptômes de métrite ; la salpingite n'aurait guère été améliorée.

49. Thèse de SAINTU, Obs. IX, Août 1889. — 24 ans. Leucorrhée chronique. Endométrite. Salpingite catarrhale double. Curettage. Guérison en trois semaines.

50. Thèse de SAINTU, Obs. X, Août 1889. — 26 ans. Puerpéralité et blennorrhagie. Endométrite cervicale. Salpingite catarrhale gauche. Curettage et injections iodées. Guérison complète quinze jours après.

51. Thèse de SAINTU, Obs. XI, Septemb. 1889. — 25 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite catarrhale gauche. Curettage. Injections iodées. Guérison en trois semaines.

52. Thèse de SAINTU, Obs. XII, Septemb. 1887. — 29 ans. Puerpéralité. Rétroflexion. Salpingite catarrhale gauche. Curettage sans injections. Guérison complète en trois semaines.

53. Thèse de SAINTU, Obs. XIII. — 32 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite catarrhale double. Curettage suivi de cinq injections iodées. Guérison complète en trois semaines.

54. Thèse de SAINTU, Obs. XVI, Mars 1888. — 24 ans. Puerpéralité. Métrite cervicale. Salpingite catarrhale droite. Dilatation utérine. Curettage. Guérison complète : quinze jours.

55. Thèse de SAINTU, Obs. XXII, Déc. 1888. — 37 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite catarrhale droite. Curettage. Guérison en trois semaines.

56. Thèse de SAINTU, Obs. XXIII. — 28 ans. Blennorrhagie. Endométrite. Salpingite catarrhale droite. Tampons et injections. Curettage. Guérison en trois semaines.
57. Thèse de SAINTU, Obs. XXIV, Mars 1889. — 23 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite catarrhale droite. Dilatation. Curettage. Grande amélioration en trois semaines.
58. QUENU, Société de Chirurgie, 1888, Obs. I. — 25 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite double. Repos au lit. Injections chaudes au sublimé. Guérison presque complète en un mois.
59. QUENU, Société de Chirurgie, 1888, Obs. II. — 28 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite gauche. Repos. Injections chaudes au sublimé. Tampons iodoformés. Grande amélioration en trois semaines.
60. QUENU, Société de Chirurgie, 1888, Obs. III. — 25 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite gauche. Repos. Injections chaudes au sublimé. Tampons iodoformés. La métrite persiste, la salpingite guérit presque complètement en un mois et demi.
61. QUENU, Société de Chirurgie, 1888, Obs. IV. — 24 ans. Blennorrhagie. Métrite. Salpingite gauche. Repos. Injections chaudes au sublimé. Tampons iodoformés. Grande amélioration en un mois et demi.
62. QUENU, Société de Chirurgie, 1888, Obs. V. — Puerpéralité. Salpingite suppurée. Antisepsie vaginale. Vésicatoires volants; Vigo. Injections chaudes au sublimé. Amélioration notable en trois mois. Vingt-huit mois d'observation. Guérison complète. Au toucher, à peine un cordon dur non douloureux.
63. MONPROFIT, Obs. XIV, Janvier 1888. — 24 ans. Puerpéralité. Coliques salpingiennes. Salpingite aiguë avec écoulements purulents. Repos. L'amélioration est notable après l'écoulement du pus. Malade améliorée mais non suivie.

64. MONPROFIT. Obs. XV. — 34 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite chronique avec coliques salpingiennes et écoulement jaunâtre par le vagin. Repos. Résolution de la tumeur après l'écoulement du pus par le col.
65. MONPROFIT. Obs. XVI. — 20 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite aiguë avec coliques salpingiennes et écoulement jaunâtre par le vagin. Repos. Résolution de la tumeur après l'écoulement du pus par le vagin. La tumeur se reproduit et se vide plusieurs fois. La malade, améliorée, demande sa sortie.
66. PÉRAIRE. Obs. IV, Septemb. 1887. — Puerpéralité. Endométrite. Salpingite gauche. Microcoques dans le mucus utérin. Dilatation à la laminaire et à l'éponge préparée. Curettage. Périnéorrhaphie. Guérison complète en un mois et demi. Le mucus utérin, examiné, est stérile.
67. PÉRAIRE. Obs. XXVII. — 43 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite droite. Bactéries mobiles dans le mucus utérin. Dilatation à la laminaire. Curettage. Amputation conoïde du col. Injections antiseptiques. Guérison complète en deux mois.
68. POULLET. Décemb. 1887. — 26 ans. Puerpéralité. Pelvipéritonite. Absès pelvien. Dilatation. Curage. Ouverture de l'abcès dans le cul-de-sac postérieur. Guérison un mois après.
69. POULLET. Septemb. 1887. — 28 ans. Leucorrhée chronique. Salpingite double. Dilatation à l'éponge. Curettage. Écouvillonnage. Lavages antiseptiques. Guérison en deux mois, maintenue trois mois. Le premier curettage avait échoué, le deuxième réussit.
70. Docteur DOLÉRIS. Nouv. Archives d'obstétrique et de gynécologie, 1891-1892. Obs. I, Juin 1888. Leucorrhée post-matrimoniale. Endométrite totale. Salpingite double. Curettage. Cinq séances d'électrisation intra-utérine. Pas d'amélioration. Deux mois après, deux tiges de laminaire. Éponges. Drainage avec la gaze iodoformée, puis deux tubes de caoutchouc. Tumeurs pel-

viennes disparues en quatre mois. Elles reparaissent moindres à l'occasion des règles. Repos. Injections et tampons glycérinés. Guérison complète en janvier 1889. Revue deux ans après, la malade est florissante de santé.

71. Docteur DOLÉRIS. Nouv. Archives. Obs. II, Octobre 1888. — 25 ans. Puerpéralité. Endométrite. Salpingite gauche. Deux lamineuses. Deux éponges. Curettage et drainage à la gaze iodoformée. Guérison en cinq semaines. Trompes à peine perceptibles au toucher. Guérison maintenue.

72. Docteur DOLÉRIS. Nouv. Archives. Obs. III. — 24 ans. Puerpéralité. Salpingite double. Exsudats périmétritiques anciens. Deux lamineuses. Une éponge. Curettage. Drainage à la gaze iodoformée. Guérison absolue en quinze jours. Trompe droite, de volume normal, un peu sensible. Guérison maintenue neuf mois.

73. Docteur DOLÉRIS. Nouv. Archives. Obs. IV, Octobre 1888. — 29 ans. Puerpéralité. Salpingite double. Ovaires prolabés. Deux lamineuses. Une éponge. Curettage. Drainage. Amputation de Schröder. Guérison absolue : un mois et demi, maintenue trois ans.

74. Docteur DOLÉRIS. Nouv. Archives. Obs. V, Octobre 1888. — 23 ans. Blennorrhagie. Cervicite chronique. Salpingite gauche. Dilatation lente. Curage. Abrasion de la muqueuse du col. Guérison en 13 jours.

75. Docteur DOLÉRIS. Nouv. Archives. Obs. VI, Octobre 1888. — 22 ans. Blennorrhagie. Salpingo-ovarite double. Dilatation lente. Curettage. Amélioration peu sensible trois semaines après. Nouvelle dilatation, nouveau curage. Guérison en trois semaines. Guérison maintenue trois ans.

76. Docteur DOLÉRIS. Nouv. Arch. Obs. VII, Nov. 1888. — 34 ans. Puerpéralité. Pelvi-péritonite ancienne. Salpingite double. Dila-

tation lente. Curage. Drainage. Guérison absolue en trois semaines maintenue plus de trois ans.

77. Docteur DOLÉRIIS. Nouv. Arch. Obs. VIII, Sept. 1888. — 25 ans. Blennorrhagie. Vaginite chronique. Endométrite. Salpingo-ovarite. Dilatation lente. Curettage. Abrasion de la muqueuse cervicale. Drainage. Guérison absolue : un mois, maintenue jusqu'à présent ; la malade est en voie de tuberculisation rapide.

78. Docteur DOLÉRIIS. Nouv. Arch. Obs. IX, Déc. 1887. — 48 ans. Blennorrhagie. Endométrite. Salpingo-ovarite. Dilatation lente. Curettage, pas de drainage. Guérison absolue en trois semaines, maintenue quatre ans.

79. Docteur DOLÉRIIS. Nouv. Arch. Obs. X, Juin 1888. — 22 ans. Blennorrhagie ? Endométrite. Salpingo-ovarite double. Dilatation. Curage. Abrasion de la muqueuse cervicale. Guérison maintenue trois ans et demi.

80. Docteur DOLÉRIIS. Nouv. Arch. Obs. XI, Déc. 1887. — 30 ans. Puerpéralité. Cervicite purulente. Salpingo-ovarite double. Dilatation. Curage. Amputation du col. Guérison rapide. Guérison maintenue quatre ans et demi.

81. Docteur DOLÉRIIS. Nouv. Arch. Obs. XII, Déc. 1888. — 27 ans. Puerpéralité. Salpingo-ovarite double. Dilatation. Curage. Guérison maintenue trois ans.

82. Docteur DOLÉRIIS. Nouv. Arch. Obs. XIII, Avril 1888. — 28 ans. Puerpéralité. Périmérite. Dilatation. Curage. Amputation du col. Guérison maintenue trois ans et dix mois.

83. Docteur DOLÉRIIS. Nouv. Arch. Obs. XIV, 1884. — Tumeur liquide, mobile, rénitente, douloureuse. Repos. Disparition spontanée en un mois.

84. Docteur DOLÉRIS. Nouv. Arch. Obs. XV, 1889. — Kyste développé dans un foyer de périmérite. Le kyste éclaté pendant un examen et ne reparait plus.

85. Docteur DOLÉRIS. Nouv. Arch. Obs. XVI, Août 1886. Puerpéralité. Pelvi-péritonite récidivante. Irrigations chaudes. Tampons glycérinés. Guérison rapide, maintenue quatre ans. Lors de la première récurrence, l'ablation des annexes avait été proposée.

86. Docteur DOLÉRIS. Nouv. Arch. Obs. XVII, 1883. — 18 ans. Puerpéralité. Pelvi-péritonite formant une énorme tumeur pelvienne. Vésicatoire. Injections. Tampons. Guérison maintenue huit ans.

87. Docteur DOLÉRIS. Nouv. Arch. Obs. XVIII, 1888. — Puerpéralité. Tumeur suppurée tubo-ovarienne ; symptômes généraux graves. Traitement médical. Guérison maintenue quatre ans.

CONCLUSIONS

1° A moins de cas exceptionnels et très difficiles à déterminer, les opérations radicales ne sont jamais de mise dans les affections inflammatoires pelviennes aiguës ; il faut savoir attendre que les lésions soient localisées, circonscrites. Le traitement chirurgical précoce de l'infection utérine, combiné à la thérapeutique médicale courante, sera le traitement de choix ;

2° Dans les affections chroniques, le médecin fera de sa thérapeutique une sorte de gamme ascendante, commençant par les moyens les plus simples pour arriver aux plus composés ; l'utérus étant le foyer initial de l'infection, sera aussi le point de départ du traitement ;

3° Quand la laparotomie s'impose, elle sera conservatrice avant d'être destructive, et le chirurgien ne négligera jamais les diverses opérations conservatrices praticables, le but de la chirurgie moderne tendant surtout à guérir sans détruire ;

4° Les cas où l'hystérectomie vaginale trouve ses indications, sont extrêmement rares; elle semble ne devoir rationnellement entrer dans la pratique qu'à titre exceptionnel.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

